

UNIVERZA V LJUBLJANI

Fakulteta za družbene vede

Kardeljeva ploščad 5

1000 Ljubljana

## ALTRUIZEM IN SEKSIZEM - POKLIC MEDICINSKE SESTRE

Magistrska naloga

Mentorica: zasl. red prof. dr. Maca JOGAN

Kandidatka: Ksenija LOVREC

Ljubljana, 2006

## **Zahvala**

Hvala vsem, ki so pripomogli, da sem napisala magistrsko nalogo:

najprej mentorici zasl. red. prof. dr. Maci Jogan, za vse strokovne nasvete, usmeritve ter hiter in natančen pregled besedila, strokovne in jezikovne popravke,

tehnicam zdravstvene nege, medicinskim sestram pediatrične klinike, ki so sodelovale v študiji in so z vso resnostjo izpolnile vprašalnik,

dijakinjam in dijakom Srednje zdravstvene šole Ljubljana za sodelovanje v študiji in profesorici, ki je odstopila šolsko uro, da so dijakinje/dijaki lahko izpolnili anketni vprašalnik,

prijateljicam, ki so mi s spodbudnimi besedami vlivale moči za dokončanje študija,

očetu, za tiskanje in kopiranje naloge ter besedil, ki sem jih potrebovala pri študiju,

prijateljicam – medicinskim sestram, ki so mi osvetlile nekaj problemov s katerimi se srečujejo na delovnem mestu,

prav posebej pa moji **mami** Anamariji Premerl-Lovrec, izjemni ženski, katera mi je vzgled pri vseh dejanjih, pri vztrajnosti in pogumu, izbiri in nadaljevanju, pri soočanju z uspehi in neuspehi. Zahvaljujem se ji, ker mi je omogočila, da sem nalogo dokončala. Naučila me je razumeti in čutiti to, o čemer pišem – altruizem.

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>3</b>
1.1	OPREDELITEV PROBLEMA .....	3
1.2	CILJ NALOGE.....	4
1.2.1	DOSEGANJE CILJA NALOGE BO TEMELJILO NA NASLEDNJIH HIPOTEZAH.....	5
1.3	OPREDELITEV POJMOV .....	6
1.3.1	ALTRUIZEM .....	6
1.3.2	POKLIC »MEDICINSKA SESTRA« .....	6
1.3.2.1	Zdravstvena nega .....	7
1.3.3	SEKSIZEM .....	7
1.3.4	ZAPOSLOVANJE ŽENSK.....	9
1.3.5	ŽENSKE NA DELOVNEM MESTU – »ženski« poklici, »moški« poklici.....	10
<b>2</b>	<b>ALTRUIZEM .....</b>	<b>12</b>
2.1	MOTIVI ZA ALTRUISTIČNO VEDENJE .....	13
2.2	ALTRUIZEM V DRUŽBI .....	14
2.3	ALTRUIZEM KOT BISTVENA LASTNOST ŽENSKE OSEBNOSTNE IDENTITETE.....	15
2.3.1	Množično komuniciranje.....	17
<b>3</b>	<b>SEKSIZEM IN ZAPOSLOVANJE .....</b>	<b>20</b>
3.1	ZAPOSLENOST ŽENSK .....	23
3.2	»MOŠKO« DELO, »ŽENSKO« DELO .....	24
3.3	"ŽENSKI" POKLICI, "MOŠKI" POKLICI .....	27
3.4	ZAPOSLENOST ŽENSK V SLOVENIJI .....	29
3.5	POLOŽAJ ŽENSK NA DELOVNEM MESTU .....	31
3.5.1	DELOVNI ČAS.....	32
3.5.1.1	Fleksibilne oblike dela.....	32
3.5.2	RAZLIKE V OSEBNIH DOHODKIH ŽENSK IN MOŠKIH.....	35
3.5.3	VLOGA DELODAJALCA PRI ZAPOSLOVANJU ŽENSK.....	37
3.5.4	ŽENSKE V POLITIKI.....	37
<b>4</b>	<b>POKLIC MEDICINSKA SESTRA.....</b>	<b>40</b>
4.1	NAZIV ZA POKLIC "MEDICINSKA SESTRA" .....	40
4.2	ZDRAVSTVENA NEGA - PODROČJE DELA MEDICINSKIH SESTER .....	40
4.2.1	ZGODOVINA ZDRAVSTVENE NEGE .....	41
4.2.2	BABIŠTVO .....	43
4.3	IZOBRAZBA .....	44
4.4	DELO IN POLOŽAJ MEDICINSKIH SESTER NA DELOVNEM MESTU.....	46
4.4.1	DOKUMENTIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	47
4.4.2	EKONOMSKI POLOŽAJ .....	49
4.5	HIERARHIJA V ZDRAVSTVU - PODREJENOST MEDICINSKIH SESTER.....	50
4.6	ALTRUIZEM MEDICINSKIH SESTER .....	53

---

4.6.1	<i>Emocionalno delo</i> .....	57
4.6.2	<i>Skrbstveno delo in etika</i> .....	59
4.6.3	<i>Vpliv kulturnega in socialnega okolja</i> .....	60
<b>5</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>64</b>
5.1	METODOLOGIJA MAGISTRSKE NALOGE .....	64
5.1.1	<i>METODOLOGIJA FEMINISTIČNEGA RAZISKOVANJA</i> .....	65
5.1.1.1	METODOLOŠKE SMERNICE FEMINISTIČNEGA RAZISKOVANJA .....	66
5.2	PILOTSKA ŠTUDIJA PRIMERA .....	66
5.3	ANALIZA IN INTERPRETACIJA PODATKOV .....	68
<b>6</b>	<b>SKLEP</b> .....	<b>116</b>
	<b>SEZNAM NAVAJANE LITERATURE</b> .....	<b>124</b>
	<b>PRILOGI</b> .....	<b>133</b>

# 1 UVOD

## 1.1 OPREDELITEV PROBLEMA

Problematika magistrske naloge izhaja iz aktualnega položaja žensk na delovnem mestu in poklica medicinske sestre<sup>1</sup>. Kljub temu, da zdravstvena nega, ki je primarno področje dela medicinske sestre, zahteva profesionalno kvalifikacijo, se še vedno pojmuje kot razširjena vloga ženske primarne vloge in tako ostaja zapostavljena.

Področje dela medicinskih sester je zdravstvena nega. Iz definicije zdravstvene nege (ki jo je po Virginiji Henderson leta 1958 sprejela Svetovna zdravstvena organizacija) je razvidno, da je medicinska sestra na področju zdravstvene nege samostojna. V njen delokrog sodi tudi sodelovanje pri diagnostično terapevtskem programu, katerega iniciator je zdravnik/zdravnica. Medicinske sestre pa kljub samostojnemu področju dela še vedno večino časa namenijo opravljanju dela, pri katerem so le sodelavke, to je, delu po naročilu zdravnika.

Pri hierarhični organizaciji dela se vsaka ideja, ki prihaja z vrha hierarhične strukture, absolutizira, pojavlja se avtomatično posnemanje in prevzemanje vsega, kar prihaja od zgoraj (po Pahor, 1989: 45). Zato je pri medicinskih sestrah bolj cenjeno delo, ki ga pri bolniku/bolnici opravlja zdravnik/zdravnica, kot pa njihovo lastno. Delo medicinskih sester je podcenjeno tudi zaradi tega, ker ga same medicinske sestre ustrezno ne vrednotijo. Raje opravljajo dela kot so: delitev terapije, sodelovanje pri diagnostičnih preiskavah, prevezovanje rane, menjavanje infuzije idr., to pa so dela po naročilu zdravnika/zdravnice. Dokumentacija o opravljenem delu medicinske sestre je še pomanjkljiva ali je sploh ni.

Obsežna študija v ZDA "Kaj študente motivira za izbor študija zdravstvene nege?" kaže, da so najpogostejši razlogi za odločitev: želja pomagati, čustvene potrebe, možnost za zaposlitev,...(cit. po Pahor, 1998:17).

Raziskavi M. Zaletel, opravljeni v Sloveniji Vrednotenje delovne uspešnosti medicinskih sester (1997) in M. Pahor, Razlogi za prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven in njegove značilnosti (1998), sta potrdili, da se je večina medicinskih sester odločila za svoj poklic iz človekoljubnih razlogov. Kar 80% anketiranih medicinskih sester je bilo v času, ko so se odločale za ta

---

<sup>1</sup> Izraz medicinska sestra uporabljam za tehnike zdravstvene nege (srednješolska izobrazba) in diplomante/-ke Visoke šole za zdravstvo, smeri Zdravstvena nega in smeri Zdravstvena nega, porodniško-ginekološka smer, torej za tiste, ki so usposobljeni za opravljanje zdravstvene nege.

---

poklic, prepričanih, da je to spoštovan poklic (po Zaletel, 1997: 108). Bistveni element poklicne samopodobe študentov visokošolskega študija zdravstvene nege je torej skrb za druge, želja pomagati, vendar v kombinaciji z nizko samozavestjo (Pahor, 1998: 17).

Po podatkih študije o moralnih vrednotah medicinskih sester (Fagermoen, 1997: 437) so le-te zelo visoke, s tem, da sta altruizem in spoštovanje človeka najpogostejši moralni vrednoti. Altruizem - moralna orientacija zdravstvene nege - predstavlja filozofijo dela medicinskih sester, spoštovanje človeka pa je "srce" te filozofije (Fagermoen, 1997: 437).

Osnovo poklicu medicinske sestre predstavlja altruistično vedenje. Poklic medicinske sestre ima takšno naravo, da je zahteva po emocionalnih sposobnostih izražena, ne pa tudi vrednotena. Pri tem ni naključje, da poklic medicinske sestre opravljajo večinoma ženske. Altruizem je torej zahtevana in (za)želena lastnost ženske in medicinske sestre, ki pa jo družba zlorablja kot izgovor za zmanjševanje socialnega in ekonomskega položaja poklica medicinske sestre. Kljub priznani samostojnosti pri opravljanju zdravstvene nege kot področja dela medicinske sestre je hierarhija na delovnem mestu - podrejenost medicinske sestre zdravniku, eden izmed ostankov tradicionalnega in trajnega vzorca podrejenosti ženskega spola moškemu.

Podrejenost žensk v družbi se kaže tudi v sferi javnosti, ker jim je, tako kot v privatni sferi, "priznan" nižji, podrejen položaj. Lastnosti, ki se zahtevajo za opravljanje poklica medicinske sestre, so pravzaprav lastnosti, ki medicinsko sestro (žensko) potiskajo v podrejenost, manjvrednost.

## **1.2 CILJ NALOGE**

Predstaviti želim različna pojmovanja altruizma in se nato osredotočiti na vprašanje, kako altruizem (altruistična drža, vedenje) vpliva na oblikovanje poklica medicinskih sester, njihovega statusa v družbi, položaja na delovnem mestu in nenazadnje tudi na plačilo njihovega dela.

Cilj naloge je raziskati vrednotenje poklica medicinske sestre in vrednotno usmeritev pri medicinskih sestrah. Posebna pozornost je namenjena vsebnosti altruizma pri mladih, ki se izobražujejo za poklic medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika in pri medicinskih sestrah/zdravstvenih tehnikih, ki so že v delovnem procesu.

---

Ugotoviti želim, ali je mlade pri izbiri šolanja za poklic medicinske sestre/zdravstvenega tehnika vodila želja pomagati drugim; ali mladi, ki se šolajo za ta poklic, že v času šolanja svoje delo - samostojno delo medicinske sestre - nižje vrednotijo kot dela po naročilu zdravnika; ali delo zdravnika občudujejo in spoštujejo bolj kot delo medicinske sestre; ali opažajo hierarhično strukturo, ki ne temelji samo na izobrazbi in potrebni delitvi dela temveč na tradicionalni podrejenosti ženske (medicinske sestre) moškemu (zdravniku).

### **1.2.1 DOSEGANJE CILJA NALOGE BO TEMELJILO NA NASLEDNJIH HIPOTEZAH**

- Večina mladih se odloči za poklic medicinske sestre iz želje "pomagati drugim".
- Altruizem je želena in zahtevana lastnost "dobre" medicinske sestre.
- Altruizem ovira bodoče medicinske sestre v zahtevah za višje vrednotenje poklica.
- Mladi, ki se šolajo za poklic medicinske sestre, že v času šolanja opažajo in čutijo, da je njihovo delo podcenjeno tako med samimi medicinskimi sestrami kot tudi v družbi.
- Bodoče medicinske sestre pripisujejo večjo vrednost delu po naročilu zdravnika (diagnostično-terapevtskim posegom) kakor zdravstveni negi - področju dela, pri katerem je medicinska sestra samostojna, ima pravico pobude in nadzora.

Hipoteze bom preverjala z empirično raziskavo na dveh relevantnih kategorijah: zaposleni in dijaki/nje.

## 1.3 OPREDELITEV POJMOV

### 1.3.1 ALTRUIZEM

Altruizem je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1994: 11) opredeljen kot: "ravnanje, nazor, pri katerem človek upošteva korist drugih, nesebičnost."

Kant (1973) (cit. po Smith, 1995: 786) uporablja izraz benevolentnost, ki pomeni delati dobro drugim predvsem zaradi občutka dolžnosti ne pa iz ljubezni in nadaljuje, da nudimo pomoč drugim glede na naše sposobnosti, ne glede na to ali imamo osebo radi ali ne - s čimer opozarja na prisotnost odgovornosti.

Webster (1983) (po Smith, 1995: 786) definira altruizem kot:

- a) načelo ali dejanje nesebične skrbi ali predanost dobrobiti drugih; in je v nasprotju z egoizmom ter
- b) vedenje živali, ki sami sebi ne prinese nobene prednosti, pač pa s svojim dejanjem koristi drugim (npr. krik, s katerim žival opozori druge iz svojega rodu na prisotnost nevarnosti, hkrati pa plenilcu "izda" svojo lokacijo).

Obe, človeška in živalska konotacija altruizma imata podobno osnovo, zanikanje sebe v skrbi za drugega. (Smith, 1995: 786)

### 1.3.2 POKLIC »MEDICINSKA SESTRA«

Naziv »medicinska sestra« pravzaprav obstaja le še v pogovorni besedi ne pa tudi v uradnih zapisih. Po štiriletnem šolanju na Srednji zdravstveni šoli in opravljenem zaključnem izpitu, je po spremembi naziva "srednja medicinska sestra", dijak/dijakinja pridobil/a naziv »zdravstveni tehnik«, generacije, ki so se vpisale v prenovljen šolski program (s šolskim letom 1999/2000), pa po opravljeni poklicni maturi dobijo naziv »tehnik zdravstvene nege«, »tehnica zdravstvene nege«.

Naziv »medicinska sestra« »skriva« v sebi tudi visokošolsko izobrazbo. Na Visoko šolo za zdravstvo se lahko dijaki/dijakinje, ki so zaključili štiriletni srednješolski program, vpišejo v triletni visokošolski program, smer Zdravstvena nega ali Zdravstvena nega, ginekološko-porodniška smer. Diplomanti/diplomantke dobijo naziv »diplomirana medicinska sestra« ali »diplomirani zdravstvenik«. Diplomanti/diplomantke smeri Zdravstvena nega, ginekološko-porodniška smer, pa naziv »diplomirana babica« ali »diplomirani babičar«.



### 1.3.2.1 Zdravstvena nega

Področje dela tehnika zdravstvene nege in diplomirane medicinske sestre je opravljanje zdravstvene nege.

Izraz *zdravstvena nega* naj bi ločil negovanje, ki ga opravlja strokovno usposobljena oseba od laičnega negovanja, npr. sin, ki neguje ostarelo mater.

Definicija zdravstvene nege po Virginiji Henderson, ki je bila sprejeta 1958, se glasi:

*"Medicinska sestra pomaga bolnemu ali zdravemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjakinja in ima pravico pobude in nadzora.*

*Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega načrta, katerega pobudnik je zdravnik.*

*Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe bolnika ali varovanca." (Kisner, Rozman, Klasinc, Pernat, 1998: 15)*

### 1.3.3 SEKSIZEM

Seksizem je oznaka za celoto prepričanj, stališč, vzorcev in praktičnih urejevalnih (ter kontrolnih) delovanj, ki temeljijo na strogem ločevanju dejavnosti po spolu in podeljujejo posebne, neenake lastnosti enemu ali drugemu spolu. (Jogan, 1992: 1141) V znanih zgodovinskih družbah je (bila) delitev dela in osebnostnih lastnosti po spolu strogo zamejena, utrjevana in nadzorovana tako, da je bila moškim dodeljena javna sfera in hierarhično višje mesto ter nadrejen položaj ne le v javni temveč tudi v zasebni sferi. Družbeno nujne in neprekinjene dejavnosti pri zagotavljanju obstoja posameznika in vrste so bile določene kot ženska dela in nižje vrednotene v primerjavi z javnimi (moškimi). (Jogan, 2001: 1) Ženski je bila določena vloga (u)domače(ne)ga bitja, ki je primarno ("po naravi") mati in gospodinja ter prenašalka (spolno neenakih) vzorcev. (Jogan, 2001: 1)

Seveda pa razlage same po sebi ne bi mogle skozi stoletja predstavljati določilnice "prave narave" enega ali drugega spola ter njunih neenakih vlog, če jih ne bi podpiral (in se z njimi utemeljeval ter opravičeval) celoten institucionalni red, oziroma če androcentrizem ne bi bil "podprt" z vsemi možnimi materialnimi in duhovnimi sredstvi za obvladovanje in organiziranje življenja. (Jogan, 2001: 3)

Temeljna značilnost androcentrične (patriarhalne) delitve vlog med spoloma je hierarhičen odnos med njihovimi nosilci. Neenako obravnavanje oseb izhaja ravno iz njihove spolne pripadnosti, zato lahko govorimo o spolni hierarhiji. Pripadnost določenemu spolu določa možnost razpolaganja z viri družbenega bogastva in iz njih

izhajajočo družbeno močjo. V patriarhalnih družbah je manjši del virov in družbene moči v rokah žensk, večji pa v rokah moških. (Černigoj-Sadar, Verša, 2002: 389)

Ključna značilnost te vrste (splošno navzočega) seksizma je strogo ločevanje dela na javno in zasebno območje ter po spolu tako, da so družbeno nujne in neprekinjene dejavnosti pri zagotavljanju obstoja posameznika in vrste določene kot ženska dela (ki so kot zasebna nižje vrednotena v primerjavi z javnimi). S tem sta povezani definiranje in omejevanje ženske (z njeno biološko možno materinsko funkcijo) primarno na vlogo matere in gospodinje ter odgovorne za nujne negovalne, skrbniške, gospodinske in vzgojne dejavnosti- Skratka ženski je določena vloga podrejenega (u)domačene(ne)ga bitja. (Jogan, 1994: 647)

Feministična sociološka teorija ni enotna v definiciji seksizma. Esencialistični pogled poudarja pomembnost biološkega spola (ang. *sex*), konstruktivizem pa daje težo predvsem družbeno pripisanemu spolu (ang. *gender*). Druga tradicija namreč zagovarja tezo, da se ne rodimo kot moški in ženske, pač pa to v družbi šele postanemo. Kategorija «moški» in »ženska« sta v tem primeru razumljeni kot glagol: moški ni nekaj, kar si, moški je tisto, kar počneš. V osnovi izhajata tako esencialistično kot konstruktivistično razumevanje iz vprašanja biološkega spola: prva tradicija se na tej točki ustavi, druga pa gradi na tistem, kar posamezniku ali posameznici zaradi biološko prepoznavnega spola nalaga in od njega pričakuje družba. (Kuhar, 2001: 117)

Seksizem je torej le eden med mnogimi mogočnimi ideološkimi sistemi pomenov o družbenem spolu. (Kuhar, 2001: 117)

Različne teoretske razlage poudarjajo pretežno le nekatere značilnosti seksizma kot celostnega in kompleksnega sistema. Tako Lana F. Rakow in Laura A. Wackwitz (1998: 99) označujeta seksizem za primarni sistem prepričanj dominantne kulture, ki se nanaša na družbeni spol. Gre za sistem norm, vrednot in vedenja, ki temeljijo na podrejanju žensk moškim. (Kuhar, 2001: 117)

Anthony Giddens (1993: 762) omenja v definiciji seksizma vedenje in prepričanje, ki izhaja iz biološko prepoznavnega spola posameznika. Seksizem razume kot vsako vedenje ali prepričanje, ki posamezniku ali posameznici glede na njegov ali njen biološki spol pripisuje neresnične lastnosti ali zanika sposobnosti. Seksizem, pravi Giddens, je zagovarjanje spolne neenakosti. (Kuhar, 2001: 117)

Konstruktivisti poudarjajo, da pomen proizvajajo razni sistemi reprezentacij konceptov, med njimi sistem jezika. Jezik je namreč družbeni sistem, ki s svojim pomenom določa našo kulturo in ideniteto ter, kot piše Majda Hrženjak (1999: 133) ustvarja tudi možnost tega, kar bi lahko bili. Materialni svet *per se*, če sledimo

konstruktivistični razlagi, ni nosilec pomenov, ti so vnaprej določeni, niso nekaj esencialnega, materialnemu svetu lastnega, pač pa se vedno znova konstruirajo glede na čas, kontekst, prostor in perspektivo razumevanja. Pomen je vedno v precejšnji meri ideološki pomen, konstrukcija pomena pa hkrati pomeni tudi konstrukcijo objekta. (Kuhar, 2001: 117)

Seksistični diskurz, ki konstruira pomene in s tem tudi objekt, vzpostavlja odnose nadrejenega in podrejenega. To je konstrukcija binarne pozicije, v kateri je en člen favoriziran, njemu nasprotni pa diskvalificiran, v kateri je prvi višje in drugi nižje, prvi več vreden in drugi manj vreden. Če poloma damo ime: v kateri je prvi moški in drugi ženska. (Kuhar, 2001: 117)

Gre torej za moškosrediščno ali androcentrično kulturo, ki je prežemala vse sfere človeškega delovanja in bila neločljiva sestavina strukture družbe oziroma njenega institucionalnega reda. Čeprav je v sodobnosti vrsta zunanjih izrazov te usmeritve manj vidna ali jih več ni, to še ne pomeni, da je androcentrizem - kot sestavina vsakdanjega, pretežno rutiniziranega delovanja - izkoreninjen. (Jogan, 2001: 1).

#### 1.3.4 ZAPOSLOVANJE ŽENSK

Eden najbolj utrjenih predsodkov, s katerim so se srečevale ženske v preteklih desetletjih in je prisoten še danes, je, da je delo ali rečeno ožje, zaposlitev žensk zunaj doma stvar, ki se pojavi šele v moderni dobi (po Cigale, 1992: 37). V preteklosti naj bi bile ženske doma, na varnem, obvarovane najrazličnejših stresov (po Jogan, 1990: 2).

V predindustrijskem obdobju, v produkcijskem sistemu, ki je temeljilo na gospodinjstvu, domače delo ni bilo ločeno od produktivnega dela. Ženske so bile vključene v številne produktivne aktivnosti, njihova osnovna naloga je bila skrb za otroke. Kljub družinskemu načinu produkcije je bila delitev dela že zelo jasna<sup>2</sup>. V prvih kapitalističnih obratih so imele ženske manj možnosti za plačano delo kot moški. V 16. in 17. stoletju so bili moški lasntiki ter predstavniki socialne in politične moči ne glede na to, kako obsežne so bile ženske produktivne aktivnosti. Z vzponom tovarniške produkcije v 18. stoletju sta se zgodili dve pomembni stvari: povečanje mezdnega dela in uveljavljanje puritanskih predstav družine. Prvo je pahnilo ženske v manj kvalificirana in plačana dela. Drugo je v ekonomsko partnerstvo moža in žene umestilo duhovno in emocionalno vsebino ter opredelilo žensko kot varuha moralne blaginje moškega in otrok in tudi kot moževo pomočnico. Kodifikacije ženske kot domačega bitja, ki je bila (implicitno) prisotna že od antike naprej, se je z nastopom puritanizma ojačala in razširila. (po Černigoj Sadar, 1991: 70)

---

<sup>2</sup> V kmetijstvu in živinoreji so bila na primer tipično ženska dela: sejanje, pobiranje slame, skrb za kokoši in mleko (Černigoj Sadar, 1991: 70).

Z razvojem industrijske revolucije trg delovne sile, ki ga predstavljajo moški, postane nezadosten in ženska se pojavi v javnosti, na trgu delovne sile. Ekonomske potrebe, ki so silile in silijo žensko na delo zunaj doma in profit, kot ključna usmerjevalna vrednota v kapitalizmu, vplivajo na odnos do delavca predvsem pa do delavke. Ženske, prav zaradi tega, ker to ni v skladu z rodilnim kulturnim vzorcem »ženske doma«, (in otroci) predstavljajo poceni delovno silo. (po Jogan, 1990: 171, Černigoj Sadar, 1991: 72)

Pojav ženske na trgu delovne v 20. stol. prav tako predstavlja ekonomsko korist (zaradi pomanjkanja moške delovne sile po koncu druge svetovne vojne) (Černigoj Sadar, 1991: 76), ki mu socioteoretiki dodajo še politični princip - emancipacija žensk (Fagan, O'Reilly, 1997: 2-3).

Sredi 90-ih pa se še vedno srečujemo s seksističnim, moškosredišnim usklajevanjem območij plačanega in neplačanega dela. S tem je povezano tudi opredeljevanje in omejevanje ženske na vlogo matere in gospodinje. Značilnost položaja zaposlenih žensk v sodobnosti je torej družinska nadobremenjenost, ki obstaja neodvisno od višine dohodka žensk, njihovega statusa in podobno. (Jogan, 1997: 12)

Ravno ta nadobremenjenost je razlog, da velja ženska tudi za manj zanesljivo delovno silo. Podatki o večji odsotnosti žensk z dela zaradi bolezni, nege družinskega člana idr., ne predstavljajo dokazov za njihovo nadobremenjenost v smislu iskanja ukrepov za zmanjšanje obremenitev žensk znotraj družine, temveč so kot argument za opravičevanje njihove nezanesljivosti oziroma manjše vrednosti.

Poleg neposredno nujne reproduktivne dejavnosti (odsotnost zaradi porodniškega dopusta), ki ženskam povečuje rizičnost na trgu delovne sile, so še drugi dejavniki povečevanja rizičnosti, ki niso fiziološko pogojeni, temveč posledica vsakdanje družinske nadobremenjenosti (torej vzorcev delovanja, ki ne obstajajo po sebi)<sup>3</sup>. (Jogan, 2001: 186)

### 1.3.5 ŽENSKÉ NA DELOVNEM MESTU – »ženski« poklici, »moški« poklici

Tradicionalno se ženske zaposlujejo v tistih dejavnostih, ki naj bi bile "primerne" zanje. "Primernost" so določali moški v skladu s prevladujočimi kulturnimi vzorci delitve dela med spoloma. Tako npr. slovenski katoliški sociolog A. Ušeničnik, leta 1910 opredeli, katera dela niso primerna za ženske - vojaška dela, delo v težki industriji, rudarstvo, nočno delo, delo v moških družbah. Dela, primerna za ženske so: šivanje, pranje,... in tista, pri katerih ženska lahko razvija svoja posebna, materinska svojstva; učiteljica, socialni poklici. (po Jogan, 1990: 173)

<sup>3</sup> M. Jogan (2001: 186) navaja podatke o izostajanju zaradi nege družinskega člana: v letu 1995 je na 100 zaposlenih vzelo bolniški dopust za nego družinskega člana povprečno 28,4 žensk in 5,6 moških.

Ženske se torej zaposlujejo predvsem v dejavnostih, ki pomenijo nekakšno podaljšanje gospodinjske dejavnosti. Večina žensk je zaposlena v storitveni dejavnosti, tipične ženske industrije pa so tekstil, izdelava oblek in obutve, živilska industrija in maloprodaja (Ferligoj, Rener, Ule; 1990: 8; Cigale, 1992: 40; Milharčič-Hladnik, 1992: 66; Fagan, O'Reilly, 1997: 3). Kljub temu, da dejavnosti, kot so, zdravstvena nega, izobraževanje, socialna skrb, zahtevajo profesionalno kvalifikacijo, se spet pojmujejo kot razširjena vloga ženske primarne vloge in tako ostajajo zapostavljene (International center for Public Enterprises in Developing Countries, 1986: 2).

V družbi prevladuje mnenje, da je delitev na ženske in moške poklice povezana z lastnostmi, ki se pripisujejo določenemu spolu:

- **ženske:** altruizem, humanost, čustvenost, nežnost, krhkost,
- **moški:** racionalnost, intelektualnost, odločnost, moč.

Dejstvo pa je, da delitev del na ženska in moška ne more biti pogojeno s posebnimi lastnostmi enih in drugih. Neizpodbitno dokazujejo to prav dela, ki so jih pred časom opravljali pretežno moški, zdaj pa veljajo kot tipično ženska (npr. poklic učiteljice). Podatki kažejo na neko drugo značilnost delitve poklicev na pretežno "moške" in pretežno "ženske" poklice: kakor hitro so v poklicu začele prevladovati ženske, se je zmanjšal njegov ugled, status ter plačilo za opravljeno delo (Milharčič-Hladnik, 1992: 74; Kocjan-Valentan, 1994: 52; Fagan, O'Reilly, 1997: 3.). "Ženski" poklici ne postanejo to po svoji "naravi" pač pa po strukturi (Emeršič, 1996: 121); nezahtevna, slabo plačana delovna mesta, brez možnosti napredovanja so danes opredelitve "ženskega" poklica (Černigoj Sadar, 1991: 76).

## 2 ALTRUIZEM

Altruizem je v psihologiji definiran kot obnašanje, s katerim pomagamo oz. koristimo drugim, ne da bi za to pričakovali zunanje nagrade (Nastran-Ule 1994: 146, Smith, 1995: 786). Med psihologi v glavnem prevladujeta dve definiciji altruizma. Prvi, v altruistično obnašanje vključujejo sleherno obnašanje, ki pomeni pomoč ene osebe drugi(m) osebi(am). Drugi pa iz definicije altruizma izključujejo pomoč iz egoističnih pobud (npr. pričakovanje, da nam bo pomoč vrnjena) in poudarjajo *čustveno motivirano pomoč* (npr. pomoč iz sočutja). (Nastran-Ule, 1994: 146). A. Štern (1996: 13) opredeli humanistični pomen altruizma, v katerem je to nesebična skrb ali žrtvovanje za drugega, uveljavitev tuje dobrobiti za ceno lastne, v namenu (ki ga obravnavamo kot pojem brez slehernega prizvoka koristljubja) in dejanju. V.S. Rus (1997: 191, 192) opredeli altruizem kot vedenje, ki je podobno sodelovanju (v procesu sodelovanja naj bi oba protagonista sodelovanja pričakovala neko medsebojno korist) in katerega bistvena značilnost je ta, da se določeno pomoč nudi nekemu brez iskanja vzajemne koristi. Altruizem naj bi bil zgolj dajanje (Rus, 1997: 191).

Altruizem naj bi pojmovali še kot nekaj, kar tudi pri živalih ustvarja motivacijo za zaščito svojega zaroda, in kot tak popolnoma nasprotuje Darwinovi teoriji o nagonu po preživetju. Vendar etiologi, ki proučujejo biološke osnove vedenja, ne nasprotujejo Darwinovi teoriji razvoja, temveč opredeljujejo altruizem kot nit v procesu evolucije. (Gormley, 1996: 581)

Tovrstno živalsko ravnanje izhaja skorajda kot nujnost iz naravnega opravila, ki ga narekuje sebični gen. Vsak od obeh staršev prenese na slehernega potomca del svojih genov - in med vsemi temi geni so na nekaterih ključnih mestih tudi taki, ki poskrbijo za ustrezno obnašanje staršev, da bodo potomci preživel. Če se je nekje pojavil gen za altruizem do lastnih potomcev in sorodnikov, je imel odtlej prednost pred tistimi aleli<sup>4</sup>, ki tega niso povzročali - če pa bi se bil, po drugi strani, kdaj pojavil gen, ki bi povzročal pretirani altruizem, preveliko samožrtvovanje, ne bi mogel obstati v evoluciji. Pri vsem tem je treba poudariti, da v molekularno - biološkem smislu doslej še ni bil odkrit noben gen za altruizem; o njih pa vendarle lahko brez tveganja govorimo o dejstvu, ki nam ga zagotavlja logika - upošteva že navedeno opombo, da je pričujoča genetična vizija le metaforična in začasna. (po Štern, 1996: 17)

V obdobju razvoja molekularne genetike se razprave o altruizmu ne vrtijo več okoli altruizma kot vedenja, ki omogoča preživetje vrste, temveč se usmerjajo v odkrivanje altruističnega gena. Po mnenju mnogih je obstoj altruističnega gena<sup>5</sup> že sam po sebi kontradiktoren - saj sta tudi sebičnost in egoizem lastnosti, ki omogočata

<sup>4</sup> Eden od dveh parnih genov homolognih kromosomov.

<sup>5</sup> Na področju evolucijske znanosti si z neodarvinistične strani utira pot teorija sebičnega gena. Vsak gen, tako trdi opisovana teorija, teži k lastni ohranitvi ter čimvečji razmnožitvi v prostoru in času. Vsi geni so sebični. Pri tem ne gre za vpletenost v psihične sfere (geni ne

nadaljevanje vrste. (Štern, 1996: 15) V biologiji (Štern, 1996: 13) se vse suče okoli preživetvenega oziroma reprodukcijskega gena. V uveljavljenem biološkem besednjaku predstavlja altruizem nekaj povsem tehnično opredeljivega. Gre le za učinek (ne pa tudi za namen dejanja). Biološki altruist je na primer tudi nekdo, ki nekoga iz čiste hudobije pretepe, da mora slednji v bolnico in tako ne more na službeno pot; letalo pa, s katerim bi potoval, nato po naključju strmoglavi - naposled torej glede samo na učinek, postane tukajšnji agresivnejš pač altruist. (Štern, 1996: 13)

S sociobiološkega vidika pri človeku obstaja genetska tendenca po ohranitvi vrste in posameznika. Pri tem se geni "prenašajo" s potomcev na otroke. S tega vidika naj bi bila sorodstveni altruizem in kooperacija hkrati zaščita lastnih genov. (Rus, 1997: 195)

Dawkins (1976) v študiji *Gen sebičnosti* zagovarja pomembnost genov kot temeljnih enot v evoluciji. Meni, da nam ravno altruistični gen s svojo skrbstveno funkcijo zagotavlja daljši obstoj vrste in takó večnost obstoja človeka. Če to drži, potem duhovni koncept svobodne volje in odločitev posameznika, ali bo skrbel za nekoga ali ne, postajata nepomembna. Adams (1988), podobno kot Wilson (1975), predlaga, da je, ne glede na genetske faktorje, človekova odločitev še vedno tista, ki usmerja njegovo obnašanje. Od tedaj dalje se razprave o altruizmu vrtijo okoli motivacijskih faktorjev, ki vplivajo na altruistična dejanja. (po Gormley, 1996: 582).

## 2.1 Motivi za altruistično vedenje

Altruistično obnašanje vsekakor ni izoliran proces v življenju človeka. Da se človek odzove "altruistično", so potrebne določene okoliščine in določene sposobnosti:

1. sposobnost prepoznati alternativne možnosti;
2. zavedanje, da ima obnašanje enega človeka vpliv na druge;
3. sposobnost preseči svoj ego. (Smith, 1995: 789)

Raziskave kažejo množico različnih motivov: sočutje (skrb za drugega), empatija (vživljanje v drugega), socialna odgovornost (sorodstvene vezi v družini), moralna obveznost, krepitev lastne samopodobe...

Smith (1995: 787) navaja naslednje bistvene lastnosti altruističnega obnašanja:

1. Občutek osebne odgovornosti za dobrobit drugega
2. Sočutje, usmiljenje
3. Empatija - sposobnost postaviti se v položaj drugega
4. Nepreračunljiva obveznost posameznika, da bo pomagal drugi osebi

Nastran-Ule (1994: 147-148) pa kot motive za altruistično vedenje opredeli socializacijske dejavnike (cenjene vrednote v družbi so požrtvovalnost, velikodušnost, uslužnost,...) in situacijske, ko se ljudje vedejo glede na trenutno počutje v situaciji. Če so slabe volje ali potrti, so manj pripravljeni priskočiti na pomoč, kot če se dobro počutijo. Niso redki tudi ljudje, ki se s tem, da demonstrirajo dobra dejanja, skušajo rešiti občutka krivde (po Nastran-Ule, 1994: 148).

Z opredelitvijo motivov, ki privedejo do altruističnega obnašanja, je moč altruistično vedenje ločiti od vedenj, ki vsebujejo sočutje, pa niso altruistična, kjer gre za požrtvovalnost, ki brez empatije pomeni za drugega le dodatno breme. Tudi požrtvovalnost kot oblika manipulacije in zadovoljevanja lastnih potreb ni altruistično vedenje. (po Nastran-Ule, 1994: 148, Gormley, 1996: 583)

## **2.2 Altruizem v družbi**

Številni avtorji izenačujejo "altruizem" s terminom "prosocialno vedenje" in ga s tem ločijo od asocialnega vedenja, kot je: nasilje nad drugimi, sebičnost, egoizem. Prosocialno vedenje je poplačano z notranjim zadovoljstvom posameznika, da je storil dobro delo, da se je obnašal v skladu z načeli. (po Nastran-Ule, 1994: 146) Sociološko gledano, vsebuje altruizem številne, družbeno priznane kulturne vrednote: religiozne vrednote (duhovno zadovoljstvo ob altruističnem dejanju), družinske vrednote (skrb za družinske člane) in podrejanje priznanim vlogam spolov v družbi (vloga in položaj ženske), (Gormley, 1996: 583). Dalje avtor navaja še Pinkerja (1973), po katerem ima v družbi cenjena altruistična vrednota "skrb za družino" implicitno konotacijo: prvič, gre za seksistični odnos do žensk in drugič, zmanjšuje odgovornost vlade za položaj družine v družbi.

Altruizem z vidika vrednot, morale in moralnega razvoja, V.S. Rus (1997: 192) opredeli kot:

- a) vidik vrednot: altruizem se lahko uresničuje samo, če je sprejet kot vrednota, pa čeprav vrednoto definiramo zgolj v psihološkem pomenu besede kot preference,
- b) vidik morale: altruizem obstaja samo kot morala oz. udejanjanje etičnih načel,
- c) vidik socialne interakcije: altruizem je interaktivni proces, ki ga lahko obravnavamo z vidika skupinskih procesov, komunikacije in socialne izmenjave.



Altruizem je dinamična sila, ki v družbi deluje v najrazličnejših okoliščinah in je uporabna v različne namene. Tako Gormley (1996: 583) ugotavlja: "*Altruistični koncept marketinga pri spodbujanju ljudi k darovanju organov, ki so ga uporabili leta 1991 v Združenih državah Amerike, je temeljil na ustvarjanju potrebe pri ljudeh po sodelovanju v dobro človeštva, Ghandi je vztrajal pri mirovnem gladovnem protestu, da bi opozoril na težek položaj svojega ljudstva,...*"

V nasprotju s številnimi drugimi avtorji, ki pojmujejo altruizem kot izrazito pozitivno in zaželeno vedenje, Gormley (1996: 583) razlaga tudi, da "*altruizem lahko vodi do nacionalističnega fanatizma, ksenofobije, ..., ustvarjanja disharmonije, do nesprejemanja drugačnosti in vodi v konflikte*".

### **2.3 Altruizem kot bistvena lastnost ženske osebne identitete**

T. Parsons (v Jogan, 1990: 63) opredeli vlogo ženske kot: »dekla gospodova«, ki je skromna, podrejena, **altruistična**, ponižna, prijazna, ljubeča, njen »naravni« poklic je biti dobra mati, žena in gospodinja. Vloga ženske je v nasprotju s hladno, racionalno, aktivno vlogo moškega.

Družino razlaga kot sistem, moški je inštrumentalni vodja družine zaradi pomembnosti svoje poklicne vloge, primarna odgovornost odraslega moškega člana nuklearne družine je, da dela. Ženska je znotraj tega sistema reducirana na družinsko bitje (ne sme delati izven doma) in se ji podeljuje status nesamostojnega (pomanjkljivega) bitja. T. Parsons te svoje ugotovitve »podpre« z rezultati raziskav opravljenih v različnih kulturah, ki vse povsod jasno kažejo, da ima moški dominantno vlogo. Tako se s pomočjo znanosti seksizem primerno legitimizira in s časom nevidno utrjuje. (po Jogan, 1990: 63-65)

Definiranje marginalnega položaja ženske kot naravnega in utrjevanje takšnih razlag je poleg večnostne dimenzije (ki je navzoča zlasti v teoloških razlagah) pomembna tudi redukcionistična praksa v zajemanju same zgodovinske sfere (Jogan, 1990: 102). Senzibilnost velja kot ženska naravna lastnost, ki je glede na dominacijsko obremenitev povečana z večjim trpljenjem. V Apostolskem pismu o dostojanstvu žensk (1988) stopa trpljenje žensk v razmišljanje o ženskem dostojanstvu kot pojav *per se* (ki kaže na človekoljubno in navidezno ženskam prijazno usmerjenost pisma). V takšnem stanju se ženske tolažijo z mislijo, da je sedaj pač potrebno potrpeti in se zavedati, da je »ključ« za rešitev dostojanstva ženske v Kristusovem Duhu in v Cerkvi. Ženska se mora zavedati, da je poklicana »k bivanju poleg moža (pomočnica, njemu primerna)« in da je s tem vključena v veliki »red ljubezni«, ker je »ženin tisti, ki ljubi«. Ljubezen je dodeljena ženskam kot sredstvo za doseganje dostojanstva in identitete; »žena ne more najti same sebe, če ne podarja drugim svoje ljubezni«. (po Jogan, 1990: 112-113)

Ena od hudih motenj naravnega stanja družbe, »zlo«, ki da je vzrok za moralni in siceršnji razkroj družbenih skupnosti, je emancipacija žensk, oziroma vstopanje žensk v javni prostor. Za takšno androcentrično definiranje naravnega stanja, ki je še prevladujoče ne glede na politični sistem, je vsako redefiniranje tega pojava izziv, posebej hud izziv pa je praktično vzpostavljanje (zlasti) institucionalnih temeljev za odpravljanje (statusno sicer diferencirane) podrejenosti in marginalnosti ženskega spola. Zato ni naključje, da so pomembne prelomnice odpravljanja diskriminacije žensk povezane s protifeministično reakcijo. (Jogan, 2000: 12, Jogan, 2001: 210)

Kot zgled za to lahko navedemo vstop žensk v izobraževanje na najvišji ravni.

V obrambo »naravnega reda« so se v času boja za pravico žensk do akademskega izobraževanja odločno postavili tudi vrli lučenosci razuma na Slovenskem. V zasmehovanju žensk in podcenjevanju njihovih zahtev branilci »naravnega« stanja skorajda niso poznali meja. Glavni vzrok za žensko »npravno sprijenost« in prej neznan »predrznost« so videli v slabitvi verske vzgoje, kajti »vera je podlaga npravnosti. Vera je takorekoč teorija in npravnost je nje praksa«, kot je poudarjal npr. J. Ciperle (v Jogan, 2001: 84). Ta varuh npravnosti je svaril pred strahotnimi negativnimi posledicami ženskega izobraževanja, v katerem se dekleta namesto verskih resnic učijo »fizikalčnih hipotez«, zaradi česar postanejo »predrzne, nevedne in sploh malopridne«. Prepričljivost svojih trditev je oprl na verižno stopnjevanje lastnosti izobražene ženske v naslednjem zaporedju: učena ženska (prej ali slej postane) – neverna ženska (ki je tudi hudobna, zato postane) – nesramnica (ki ni sposobna za telesno delo, zato postane) – ženska, ki se peča s »horizontalnim rokodelstvom«: vlačuga, kurba. (ibid.: v Jogan, 2001: 84)

Družina je socialni milje, v katerem se odvija pomemben delež skrbi na nivoju vsakdanjega življenja. Skrbstveno delo in odnosi, ki se ob tem spletajo – so torej bistven pogoj za funkcioniranje družine v vsakdanjem življenju. Izvajanje skrbi je v ideološko konstruirani jedrni družini glede na spolno in starostno strukturiranost družine tudi bistveno spolno in starostno določeno. Družinsko delo razumemo v najširšem pomenu kot vrsto dejavnosti, potrebnih za vsakdanje delovanje družine oziroma njenih članov/ic: gospodinjsko delo, skrb za otroke, finančno administrativna dela, tehnična (o)pravila, sorodstveno delo, odnosno delo. Na nek način je skrb ontološka osnova družinskega življenja. (po Švab, 2003: 1114)

Skrbstvene naloge in čustveno delo niso zgolj kateri koli niz nalog, temveč niz nalog, ki je bistven za vzpostavljanje spolne identitete in spolne razlike. Vendar pa to ne pomeni, da skrbstvene dejavnosti (po splošnem mnenju) izvajajo samo ženske. »Pomeni to, da spolno zaznamovana pojmovanja oblikujejo pomeni, ki jih pripisujemo vključevanju moških v te naloge, ter vrste in količina podpore, ki jo dobijo od drugih, da bi izpolnili te dolžnosti.« (Morgan, 1996: 102 v Švab, 2003: 1115)

Ključno vprašanje, ki se poraja glede na seksizem v vsakdanjem življenju, je, kako, s kakšno spolno neenako delitvijo dela in odgovornosti se družina nenehno vzpostavlja in ohranja. Ali preprosto povedano, kateremu spolu je družina kot celota mnogih bivanjsko nujnih del bolj prijazna, kateremu manj. V znotraj družinskem

območju se ustvarjajo bodisi spodbude (pretežno še vedno za moške) bodisi ovire (predvsem in univerzalno za ženske) za javno delovanje (izobraževanje, poklicno delovanje, udeležbo v političnem življenju, v prostem času, v kulturi, itd.) in za uresničevanje načela enakih možnosti (ki je že več desetletij gonilo družbene regulacije zlasti v skandinavskem okolju, prevzeto pa je tudi kot podlaga strategije EU). (Jogan, 2001: 185)

Spolno neenako učinkovanje družinskega življenja potrjujejo v zadnjih treh desetletjih številne raziskave na najrazličnejših področjih medčloveškega delovanja: od trga delovne sile do politične sfere. Sestavine moškosredišče kulture in organizacije vsakdanjega življenja so torej očitno še navzoče. (Jogan, 2001: 185) V sodobnosti se še vedno pogosto srečujemo s predstavami (ki so bolj ali manj jasno izražene), da je javno delovanje predvsem naloga moškega, domače pa ženskega spola in da je tak pač »naravni« red. Rušenje tega reda pa naj bi ogrožalo tako pravo ženskost kot pravo moškost. (Jogan, 2001: 185) Sama narava družinskih in gospodinjskih del je taka, da dopušča manjšo stopnjo svobode, ker zahteva neprekinjeno pripravljenost in navzočnost na »delovnem mestu« (tako ne moreš npr. otroka nahraniti enkrat za cel teden, ipd). In ravno ta dela so bila določena kot naravna za ženske, s tem pa je bila ženskam (zaradi biološke zmogljivosti rojevanja) dodeljena primarna vloga matere in gospodinje. Stoletja utrjevane prakse domestifikacije žensk so namreč kot vzorci normalnega in moralno pozitivnega človeškega bivanja poniknili globoko v vse razsežnosti mišljenja in delovanja posameznikov in omogočale, da se je utrjevala samoumevnost (rutinskost) v delitvi dela po spolu. (Jogan, 2001: 185)

S perspektive etike skrbi lahko pri razmišljanju o razmerjih med delom in družino ter skrbjo pojasnimo konstrukcijo te razmerij, odnosov, vlog, pa tudi ukoreninjenost ideoloških predpostavk v družinski politiki. Na številnih nivojih družbenega življenja še vedno prevladuje (sicer vedno bolj implicitno in latentno) favoriziranje nuklearnega družinskega modela, v katerem je skrb (z družinskim delom) samoumevno dodeljena ženskam in naturalizirana s povezavo z reprodukcijo – nosečnostjo, rojevanjem in skrbjo za otroke. (Švab, 2003: 1115)

Če zanemarimo dokaj odkrito in zgodovinsko preskušeno ter kontinuirano androcentrično usmeritev katoliške cerkve, se androarhalni vzorci delitve dela po spolu v slovenski družbi 90-tih let 20. stoletja prenašajo sorazmerno nenadzorovano zlasti z vzgojo in izobraževanjem ter množičnim komuniciranjem. (Jogan, 2001: 200)

### **2.3.1 Množično komuniciranje**

Mediji kot producenti smiselnosti in tisti, ki odslikavajo »naravno in edino pravilno pozicijo sveta«, niso zgolj ogledalo spolne asimetričnosti v družbi. Zdi se, kot da niso samo reproducenti patriarhalnega pojmovanja žensk, v katerem so kot šibka bitja najprej infantilizirana, hkrati pa seksualizirana v objekt moškega poželenja, pač pa so

tudi producenti tega. Njihov odnos do ženske je dvakrat diskriminatoren: najprej zaradi napihovanja podobe ženske kot (zgolj) spolnega objekta, medtem ko so drugi njeni atriburi porinjani globoko v ozadje, drugič pa zato, ker svetu vsiljujejo povsem popačeno zrcalno sliko ženske: vitke, svetkolase, z velikimi prsmi, dobrim avtomobilom, s šminko, ki se ne razmaže, z moškim manekenom, brez problemov, z dovolj denarja. (Kuhar, 2001: 133)

V 70-tih letih 20. stoletja se je v svetu utrdilo spoznanje, da je enodimenzionalno in pristransko prikazovanje ženske ena od prevladujočih lastnosti komunikacijskih sistemov (Pavlič 1982 v Jogan, 2001: 47) M. Jogan (2001: 47) na podlagi empirične raziskave medijev v letu 1991 (Verša 1992) in televizije Slovenije kot enega najvplivnejših medijev ugotavlja, da androcentrična usmerjenost ni vidna le v reklamnih sporočilih, v katerih je pogosto najbolj vsiljiva, temveč v vseh zvrsteh sporočanja. Ženska kot mnogostransko ustvarjalno bitje je tudi v drugih medijih pretežno nevidna in nastopa v medijski produkciji bodisi kot »instant spolno bitje« in najustreznejši pripomoček za snubljenje kupcev različnih dobrin bodisi kot bitje koncentrirane materinskosti. (Jogan, 2001: 47)

V feministični teoriji je že od Johna Bergerja uveljavljena kritika objektiviranja ženskega telesa in pri tem še posebej njegova izjava o moških, ki delujejo, in ženskah, ki se kažejo. Avtor trdi, da moški gledajo ženske, ženske pa opazujejo same sebe, ko so gledane. (Spacal, 2001: 134 po Berger, 1971: 46-47).

Medijska podoba ženske v analiziranih devetindesetih člankih *Slovenskih novic* z različnimi oblikami seksističnega diskurza je v prvi vrsti seksualizirana. Ženska je predstavljena kot objekt z izrazito podčrtanimi seksualnimi atributi, ki so pogosto edini označevalci njene osebnosti. Seksualizacija ženske kot objekta je narejena vsem drugim označevalcem njenega profesionalnega in zasebnega življenja. Tovrstni diskurz je še posebno eksponiran pri slavni osebnosti, ne izostane pa tudi pri »običajnih smrtnicah«. Strinjamo se lahko z Maco Jogan, ki o ženskah v medijih govori kot o enodimenzionalnih bitjih. Za razliko od moških, ki so bitja več dimenzij, jim pripada le ozka vloga spolno privlačnega objekta (prim. Jogan, 1993). (Kuhar, 2001: 133)

A. Spacal (2001) je pri analizi kulturnih strani dnevnega in tedenskega časopisja ugotovila, da še vedno zasledimo precejšnje razlike v poročanju o ženskih umetnicah in njihovih moških kolegih. Ko se v kritikah, intervjujih in raznih vesteh piše o umetnikih, se ponavadi osredotoča zgolj na njihovo delo, pri umetnicah pa se neredko najprej izrecno poudari njihov spol (biološki) in zunanji videz, šele v nadaljevanju besedila se počasi preide k opisu njihovega delovanja, ki naj bi bilo sicer pravi in edini povod za pisanje. Ženske so često imenovane zgolj z lastnim imenom, brez priimka. Pri njihovem delu se pogosto poudarjajo tudi tako imenovane »tipično

---

ženske lastnosti«, kakršne so po najbolj klasičnih stereotipih na primer intuicija, čutnost, nežnost, ipd. Ženske se velikokrat še vedno krči na posamezne dele telesa, na primer roke ali prste. (Spacal, 2001: 134)

V likovnih kritikah in celo razstavnih katalogih so predvsem mlajše, še ne uveljavljene umetnice, velikokrat ponižujoče imenovane le z imenom, namerno pa se izpušča njihov priimek. Brez priimka jim je odvzet dobršen del subjektivitete. Njihova identiteta je tako zvedena zgolj na lastno ime in ostane v sferi osebnega in intimnega. S tem se jim odreka kompetentnost na njihovem področju, s čimer jim je izraženo bistveno manj spoštovanja kot njihovim moškim kolegom, katerih imena se pišejo največkrat skupaj s priimkom ali pa je naveden samo priimek. Tovrstno odrekanje subjektivitete ima očitne izvore v dolgi patriarhalni tradiciji zgodovine zahodne kulture, v kateri ženska ni obstajala kot subjekt, temveč kot »Drugi«. Simbolna odsotnost avtoričinega priimka tako kaže na določeno obliko njihove prezrtosti in s tem poskus izključitve iz polja javnega delovanja. (Spacal, 2001: 136)

O stereotipu ženske kot spola, o specifičnih oblikah izključevanja ali diskriminacije umetnic pri pisanju v množičnih medijih govorimo v primerih, ko dobi njihova zunanja predstavitev oziroma izgled prioriteto pred njihovim delom (po Spacal, 2001: 138).

V opisih umetnic je poleg zunanjega videza neredko poudarjena tudi ena najbolj stereotipno označenih »ženskih« lastnosti – intuicija, ki se ji nasproti večkrat postavlja »moški« ratio. (Spacal, 2001: 146)

### 3 SEKSIZEM IN ZAPOSLOVANJE

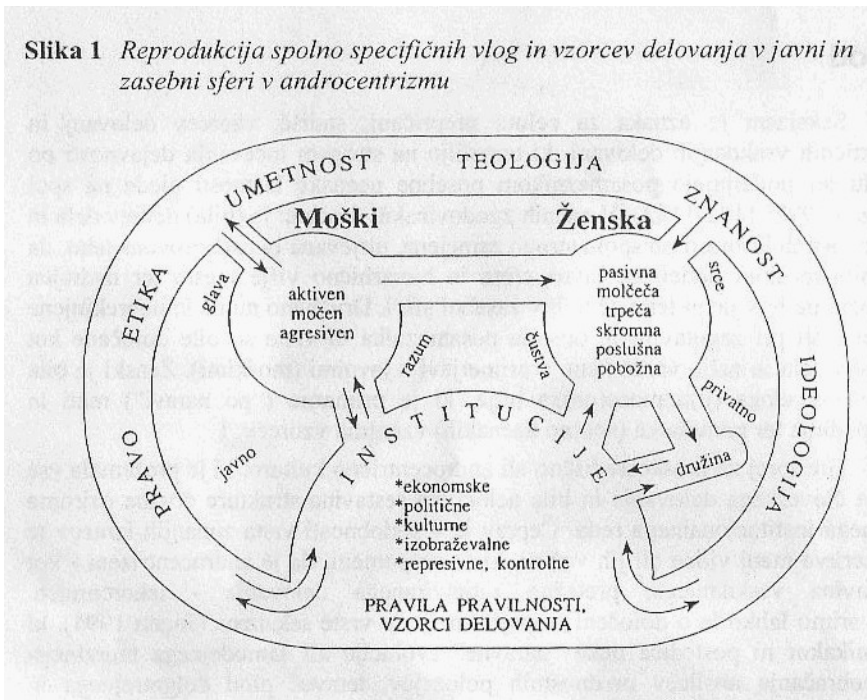
Moško določeni vzorci vsakdanjega življenja učinkujejo na različnih ravneh vendar brez jasne oznake spola ustvarjalcev; nastopajo pač kot "človeški", kot plodovi "civilizacije". Posledica in pogoj učinkovanja teh rutiniziranih vzorcev pa sta materialna in moralna nadobremenjenost žensk in njihova dejanska prikrajšanost v možnem razpolaganju z ustvarjenimi dobrinami in storitvami. Poudariti je treba, da prikrajšanost po spolu (v povezavi s socialnim statusom) ni rezultat individualne odločitve med dostopnimi različnimi možnostmi, temveč vstopa večinoma prisilno in celostno kot notranje neločljiva sestavina organizacije vsakdanjega življenja: od produkcije pravil in vedenj o pravilni spolni identiteti (predvsem s stereotipno predstavo in pričakovanji o specifično ženski/moški vlogi) do zagotavljanja nadzora nad uresničevanjem teh pravil. (Jogan, 1994: 647, 648)

Gre torej za obliko diskriminacije, ki temelji na spolni pripadnosti in jo imenujemo seksizem. (Černigoj-Sadar, Verša, 2002: 404). Seksizem je tudi niz družbeno sprejetih stališč in praks, ki enemu spolu zanikajo možnosti, svobode in koristi, ki so dostopne drugemu spolu (Nijole, Feagin 1995 v Černigoj-Sadar, Verša, 2002: 404).

Družbeno razlikovanje med spoloma služi v prvi vrsti določanju takšnih položajev obeh spolov, ki bodo ohranjali socialno stratifikacijo na spolni osnovi in bodo ohranjali privilegirane položaje nosilcev družbene moči, v tem primeru moških. (Černigoj-Sadar, Verša, 2002: 404).

Ko govorimo o seksizmu, moramo pripadnost določenemu spolu razumeti predvsem kot pripadnost "družbenemu spolu". Biološki, fiziološki determiniranosti posameznika ali posameznice kot ženske ali moškega je pripisan določen družbeni pomen. Družbeni značaj opredelitve ženske in moškega se kaže v kulturni in zgodovinski spremenljivosti le tega: zasedanje nekaterih javnih položajev, ki je bilo za ženske pred samo nekaj desetletji formalno in dejansko neuresničljivo, je danes običajen pojav. Razkazovanje ženskega obraza, ki je v naši družbi popolnoma normalno, je npr. v tradicionalnih islamskih družbah skrajno nemoralno in celo kaznivo ravnanje. Družbena konstrukcija pomena spola gre predvsem v smeri razlikovanja na izrazito "žensko" in izrazito "moško". Najgloblje posledice polarizacije po spolu so vidne pri družbenih vlogah: na področju zaposlovanja je močno prisotna delitev na moška in ženska delovna mesta, pri vzgoji otrok se vlogi staršev močno razlikujeta. Razlike so vidne tudi v načinu oblačenja, obnašanja, govorjenja in se pojavljajo na vseh področjih človekove dejavnosti in zavesti - v ekonomiji, znanosti, umetnosti, politiki, religiji, morali. Družbeno zaželene in pričakovane spolno opredeljene vloge, vrednote in načini obnašanja so trdno zasidrani v identiteti človeka in v celotni družbeni konstrukciji ter usodno determinirajo različne življenjske izkušnje in položaj žensk in moških. (Černigoj-Sadar, Verša, 2002, str. 405).

**Slika 1** Reprodukcijska spolno specifičnih vlog in vzorcev delovanja v javni in zasebni sferi v androcentризmu



**Slika 3. 1: Reprodukcijska spolno specifičnih vlog in vzorcev delovanj v javni in zasebni sferi v androcentризmu (Jogan, 2001: 2)**

Pojasnjevanje družbene urejenosti in spolno specifičnih vlog se je vselej navzven kazalo kot nevtralnno, kot zgolj pojasnjevanje "objektivnega sveta", pri tem pa je ostajalo v ozadju spoznanje, ki ga je (1911) zapisal G. Simmel: objektivno=moško. V razlagah o družbi je človek nastopal kot človek nasploh, vendar je šlo za posploševanje njega (moškega) in ne nje (ženske). Torej sta moško videnje medčloveških razmerij in moška možnost izključevanja iz nekaterih (neprijetnih, a za obstoj posameznika in celote konstitutivnih) praktičnih dejavnosti omogočala ožetje izkustvenega empiričnega polja kot podlage za teoretsko posploševanje, redukcionistično znanje pa je imelo *per definitionem* status integralnega znanja in je kot hierarhično višje predstavljalo tudi podlago za praktično regulacijo in utrjevanje (obstoječe) asimetrične razporeditve moči. (Jogan, 2001: 2,3)

Roman Kuhar (2001: 118) navaja ugotovitve avtorjev Rakow in Wackwitz (1998: 100-104), da so viri seksizma v religiozni, biološki in socialno znanstveni argumentaciji. Religija kot izvor seksizma poudarja »naravni red stvari«, tega pa predstavlja *Sveto pismo*. Seksistično religiozno prepričanje tako lahko ženski zgolj na osnovi njenega biološkega spola pripisuje večjo grešnost ali pa se vsaj strinja s podrejeno vlogo žensk v hierarhičnem sistemu sveta. (Kuhar, 2001: 118)

Biološka znanstvena dognanja kot vir seksizma izhajajo predvsem iz esencialističnih temeljev primarnih in sekundarnih spolnih razlik med človeškimi bitji. Moški so močnejši in bolj agresivni od žensk, ženske pa da so že po naravi šibkejše, bolj čustvene in ustvarjene za nego in vzgojo otrok. Mogoč je tudi korak naprej, da biološke lastnosti rabijo za osnovo za promocijo ideje o moških kot naravno superiornih in ženskah kot naravno pasivnih. (Kuhar, 2001: 118)

Družbenoznanstveni viri seksizma izhajajo predvsem iz idej funkcionalistične analize družbenega reda, ta pa temelji na biologističnih predpostavkah. Funkcionalizem zagovarja idejo o funkcionalnosti ločenih in nezamenljivih ženskih in moških vlogah, ki, take kakršne so, omogočajo ohranjanje obstoječega družbenega reda. Spola sta ločena po biološki liniji: funkcija ženskega telesa sta rojevanje in vzgoja otrok. Ženske tako rabijo ohranjanju družbenega reda z izpolnjevanjem svoje biološke vloge, ki jim veleva, da ostanejo doma ter rojevajo in vzgajajo. (Kuhar, 2001: 119)

Seksizem ima veliko pojavnih oblik, ki so se skozi zgodovino spreminjale. Na kontinuumu vidnosti jih lahko razvrstimo kot (1.) odkriti, (2.) subtilen in (3.) prikriti seksizem (Nijole, Feagin 1995), za nadaljnje razmišljanje pa sta zanimiva le prva dva. Odkrito seksistični pojavi namerno in neprikrito diskriminirajo ženske. V preteklosti so bile oblike odkritega seksizma pogoste in legalne, kot na primer trgovanje z ženskami, nekaznovano ubijanje žensk, prepoved šolanja za ženske ali odrekanje volilne pravice. S časom je njihovo izvajanje postalo nezakonito in kaznivo, kar pa samo po sebi ni izkoreninilo odkritega seksizma. Danes so najpogostejše oblike odkritega seksizma družinsko nasilje in posilstva. Druge oblike odkritega seksizma se pojavljajo na področju dela, kot na primer nižje plačilo ženskam kot moškim za enako delo, spolno nadlegovanje na delovnem mestu, majhna prisotnost žensk v političnem delovanju in druge. (Černigoj-Sadar, Verša, 2002: 405).

Subtilni seksizem je manj viden, saj je pogosto družbeno sprejemljiv, ljudje ga dojemajo kot normalnega, je neformalen in je zato tudi težje dokazljiv. Oblika subtilnega seksizma je na primer pokroviteljski odnos do žensk (kot izjava "tega ti ne moreš narediti sama"), spodbujanje žensk, da se izobražujejo samo na nekaterih, "ženskih" področjih ali žaljive šale na račun žensk. (Černigoj-Sadar, Verša, 2002: 405).

Oblike odkritega seksizma so bile v preteklosti pogostejše, kot so danes. Deprivilegiran položaj žensk v vsakdanji praksi je bil utemeljen in usklajen v vseh oblikah zavesti - v morali, v religiji, v zakonodaji. Z zmanjševanjem odkritega seksizma je položaj žensk navidez postajal kontraverzen: na eni strani so danes ženskam in moškim zakonsko zagotovljene enake pravice - pravica do šolanja, zaposlovanja, političnega delovanja - na drugi strani pa ženske še vedno zasedajo slabše plačana delovna mesta, v političnem delovanju so redke, še vedno opravljajo večino neplačanih del, na primer gospodinjska dela. Seksizem v resnici ni izginil, le spremenil je pojavnostne oblike in postal vse bolj subtilen. Deprivilegiranost žensk torej prehaja iz formalnih in eksplicitnih oblik v neformalne in latentne. Spreminjanje oblik seksizma zahteva tudi drugačne oblike njegovega opravičevanja in utemeljevanja. Utemeljevanje se seli iz formalnih oblik (zakonodaje, verskih predpisov) in prepovedane oblike v osebna stališča in moralne norme. Seksistično zakonodajo nadomeščajo stereotipne predstave, ki onemogočajo ali vsaj ovirajo ženske, da bi izrabile ponujene možnosti. Ohranjanje spolnega razlikovanja in neenakega vrednotenja ženskih in moških vlog postajata vse bolj naloga dejavnikov, ki oblikujejo stališča in vrednote. (Černigoj-Sadar, Verša, 2002: 405).



Leta 1991 je skupščina Sveta Evrope sprejela priporočilo (št. 1146) o enakih možnostih in enakem obravnavanju moških in žensk na trgu delovne sile, v katerem poziva vlade držav članic, da bi z vrsto ukrepov pospešile dejansko enakost spolov na vseh ravneh (od delovnega časa in enakega plačila do napredovanja žensk na odgovorna mesta. (Jogan, 1992: 1145, Jogan 2001: 55)

### 3.1 Zaposlenost žensk

Z zaposlitvijo naj bi se ženska odrekla svoji "naravni" vlogi - vlogi matere, gospodinje in skrbnice doma. Kultura, religija, družba je stoletja utrjevala prepričanje o "naravni" vlogi ženske, ki je zdaj dobro zakoreninjeno v naši (pod)zavesti. Ženska, ki se zaposli, torej zapostavi svojo vlogo? Ženska je vstopila na trg delovne sile, ker jo je v to prisilil ekonomski položaj. Ali je tako še danes? Smo ženske zaposlene le zaradi tega, ker nas v to prisiljuje ekonomska nuja?

Raziskava na Češkem leta 1991 kaže, da bi med anketiranimi le 28% poročenih žensk želelo ostati doma, če bi mož dovolj zaslužil. Tudi v drugih vzhodnih državah Centralne Evrope so raziskave pokazale podobno: ekonomska nuja je le eden izmed razlogov. Udeleženosť žensk v delovni sili je postala integralni del samopodobe žensk in njihove identitete. Pomeni pa jim tudi oblikovanje socialne mreže. (po Fagan, O'Reilly, 1997)

V Sloveniji je že leta 1993 stališče o moškem kot glavnem skrbniku družine postalo manjšinsko; po raziskavi SJM 1993 s stališčem »Naloga moža je, da služi denar, naloga žene pa, da skrbi za dom in družino« ni soglašalo 42,5% odraslih respondentov, v letu 1998 pa 52,0% (Toš, 1999: 288, 289). V 90-tih se tudi ni povečal občutek krivde pri ženskah (češ, da so »zatajile«), medtem ko je pri moških opazen nastavek za nasprotno tendenco: to sklepanje je utemeljeno s podatki o (ne)strinjanju s stališčem »Gledano v celoti, družinsko življenje trpi, kadar je ženska polno zaposlena« (SJM 1991/2, vprašanje 4.08; SJM 1998/1 vprašanje R49). Pri ženskah je opazno znižanje deleža tistih, ki soglašajo ali močno soglašajo s stališčem od 66,5% leta 1991 na 58,3% v letu 1998; ustrezna deleža pri moških sta: 69,6% in 66,4%. Hkrati je opazno povečanje deleža tistih žensk, ki ne soglašajo ali sploh ne soglašajo s tem stališčem od 17,5% leta 1991 na 24,4% leta 1998; ustrezna deleža za moške sta 18,3% leta 1991 in 14,8% leta 1998. (Jogan 2001: 19) S stališčem »Rad bi hodil v službo tudi če ne bi potreboval denarja« se strinja ali v celoti strinja 47,1% žensk in 35,0% moških; nasprotno pa se ne strinja ali sploh ne strinja s tem stališčem 47,6% in 34,6% žensk. Gotovo tudi ni naključje, da se več žensk kot moških (po podatkih iste raziskave, vprašanje 2.02/c) v celoti strinja s stališčem »delo je človekova najpomembnejša dejavnost«: 47,3% žensk in 40,9% moških. (Jogan, 2000: 20)

Kot kažejo raziskave SJM v 90-tih je na Slovenskem večina žensk (in relativno nekoliko manjša večina moških) prepričanih, da je »biti zaposlena za žensko najboljši način, da doseže neodvisnost«: po podatkih SJM 1992/1 soglašajo ali močno soglašajo s tem stališčem 69,7% žensk in 60,3% moških. V takšnih usmeritvi pa nikakor ni mogoče gledati »ostankov« (ideloške prisile) socializma, saj odkrivajo podobno usmeritev raziskovalci/ke tudi v drugih državah v Evropi. V ekonomski samostojnosti, ki jo nudi poklicno delo, vidi večina žensk v sodobnosti

temelj za svojo neodvisnost in za odpravljanje podrejenosti drugemu spolu (kjub temu, da so prevladujoči vzorci zaposlovanja v plačanem delu še vedno pretežno moški). Kako (in ali) se bodo spreminjali ti vzorci, je odvisno tudi od ženske udeležbe v političnem odločanju. (Jogan, 2000; 20-21)

### 3.2 »Moško« delo, »žensko« delo

Mnogi se opirajo na prepričanja, da je bil moški že v pradavnini lovec, ki je skrbel za prehrano družine, ženska je skrbela za "dom" in otroke. Njeno delo je bilo tudi nabiralništvo, ki pa ni bilo razumljeno kot pomembno. Od kod ločitev lova kot pomembnega in nabiralništva kot nečesa obrobnega? Dejstvo je, da ne obstajajo dokazi o lovu (moško delo) kot pomembnejši dejavnosti od nabiralništva (žensko delo), (Zaviršek, 1994: 18). Nasprotno; nabiranje sadežev in plodov je predstavljalo najmanj enak delež (Cigale, 1992: 38), če ne, kot ugotavlja D. Zaviršek (1994: 38), celo primarnega vira preživetja.

Pred 10 milijoni let je človekov prednik vsekakor še živel na drevesih in se hranil s sadeži (Južnič, 1987: 125). Prehrana avstralopitka naj bi vsebovala le kak 1% nevegetarijanske hrane. Prvi sistematični lov naj bi se začel šele pred kakimi 500.000 leti (po Južnič, 1987: 126). Lov posledično pripelje do mnogih sprememb v življenju človeka, od spremembe prehranjevalnih navad, pa do oblikovanja nove delitve dela: delitev po spolu. (po Južnič, 1987: 127, Zaviršek, 1994: 14)

Korenine patriarhata pa gre resda iskati v obdobju prvih bojev med predpoljedelskimi plemeni in klani, ki si niso zagotavljali zadostnih količin hrane. Bojevali so se najprej tako moški kot ženske, nato pa so ugotovili, da je "osvajalska" skupina gibljivejša, če v njej ni nosečnic, otrok in ostarelih. Z osvajanjem, pridobivanjem hrane in ozemlja zaveznikov, so moški lažje in tudi materialno dokazali socialne prednosti, ženskam pa je ostala skrb, sfera nedokazljive realnosti<sup>6</sup>. (Zaviršek, 1994: 38). S. Južnič (1993: 114) navaja primer indijanskega plemena v amazonskih gozdovih za prikaz družbene razčlenjenosti, sistema vlog in delitve dela po spolu in starosti, pri katerem je jasno vidna "pomembnost" moškega dela: ko se lovci zberejo pri večernem ognju, sme vsak lovec pripovedovati o svojih podvigih.

Razlaga ločnice med javnim - pomembnim in zasebnim - obrobim področjem se je ohranjevala torej na ravni (ideološke) interpretacije kljub temu, da je preverljiva (empirična) praksa bila drugačna (Jogan, 1994: 1142)

<sup>6</sup> nedokazljiva realnost: nekaj, kar je resnično, pa ni moč dokazati. Npr.: *mož je uspešen v službi, ker mu žena nudi podporo, spodbudo, ga večkrat pohvali, gosti njegove poslovne partnerje ali hči postane dobra zdravnica, ker ji je mati vedno zaupala, bila z njo prijazna, nežna, ji izkazovala ljubezen, vlivala samospoštovanje,...*

V času industrializacije pride do ločitve dela od prebivališča (Milharčič-Hladnik, 1995: 25, Černič-Istenci, 1995: 65, Cigale, 1992: 39); v okolju, kjer prevladuje izključno moška industrija<sup>7</sup>, se še izraziteje kažejo okoliščine, ki še danes idealizirajo mit o moškem, ki dela, in ženski, ki gospodinji.

V kapitalizmu predstavlja ključno in usmerjevalno vrednoto profit, kar se kaže v odnosu do delavca/delavke (Jogan, 1990: 118). Zaposlitev žensk je za kapitalistične industrijske družbe pomenila predvsem pritegnitev novega vira cenene, vendar kvalitetne delovne sile (Ferligoj, Renner, Ule; 1990: 18, Jogan, 1990: 172). Ženske (in otroci) predstavljajo poceni delovno silo. M. Jogan (1990: 172) navaja, da je bil leta 1776 na Avstrijskem izdan odlok o zaposlovanju žensk v svilarski industriji, saj bi to omogočalo lažjo konkurenco z inozemstvom. Ženske so bile zaradi ekonomskih potreb prisiljene oditi na delo zunaj doma. Ob tej novi vlogi delavke pa ženska ostaja tudi gospodinja in mati, kar je definirano kot primarno delo. Zaradi nezanesljivosti, ki jo povzročata ti dve vlogi, je v slabšem položaju v odnosu do delodajalcev. Ker "krši" svojo "naravno" vlogo, je opravičeno nižje plačevanje in poljubno oblikovanje delovnih pogojev. Dolžina delovnega časa je bila v začetku industrializacije 15 - 18 ur, konec 19. stoletja pa 11 ur (ki pa se kljub zakonski omejitvi ni spoštovala!). (Jogan 1990: 172) Pojav ženske na trgu delovne sile v 20. stol. prav tako predstavlja ekonomsko korist (zaradi pomanjkanja moške delovne sile po koncu druge svetovne vojne), ki mu socioteoretiki dodajo še politični princip - emancipacija žensk (Fagan, O'Reilly, 1997: 2-3).

Vstopanje v ekonomsko sfero je pogojevalo tudi zahteve za politično emancipacijo. Če se emancipacija žensk začne s prihodom žensk na trg delovne sile, je vprašanje, kaj je z vstopanjem moških na področje gospodinjskih dejavnosti in vzgoje otrok? V različno razvitih okoljih ugotavljajo, da žensko vključevanje v javno delovanje v zadnjih desetletjih ne spremljajo dopolnjujoči interesi moških (mož) za ustrezno prevzemanje partnerske oz. starševske vloge v družini in v domačem gospodinjstvu (Jogan, 1993: 647). Da obstaja v zasebnosti največja neenakost v obremenitvi in da se (zelo) počasi odpravlja asimetrična obremenitev z gospodinjskimi in družinskimi opravili, je večno zelena globalna melodija, dobro znana po celem svetu. To potrjujejo tudi podatki za slovenske razmere v 90-tih. Na vprašanje *»Ali ste vi tista oseba, ki v vašem gospodinjstvu opravlja domača opravila – kot na primer likanje, kuhanje, pranje in drugo?«* v SJM 1997/3 (Toš, 1999: 788, vprašanje 2.03) so moški in ženske odgovarjali takole: *da, v glavnem to postorim jaz*: 6,2% moških in 65,1% žensk; *ne, to postori nekdo drug*: 70,0% moških in 9,1% žensk; *to v enakem deležu postoriva jaz in še nekdo drug*: 23,9% moških in 25,9% žensk. Za dobro polovico moških je po podatkih iste raziskave (vprašanje 2.01/b) obstoječe stanje (vsakdanji model »politike razlik«) sprejemljivo, o čemer moremo sklepati na podlagi odgovorov na vprašanje *Zamislite si, da bi lahko sami odločali o tem, koliko časa boste namenili posameznim stvarem. Katerim od navedenih stvari bi želeli nameniti več časa kot doslej, katerim manj, in katerim enako?«*: 53,3% moških bi domačim opravilom namenilo ženako (malo) časa kot doslej, 36,2% pa nekaj ali dosti več časa.

<sup>7</sup> S pojmom moška industrija je opredeljena industrija, v kateri so zaposleni pretežno moški: rudarstvo, gradbeništvo, lesarska industrija, transport. Ženske se zaposlujejo predvsem v dejavnostih, ki pomenijo nekakšno podaljšanje gospodinjske dejavnosti: izdelava oblek, obutve, živilska industrija idr. (Cigale, 1992: 40)

Glede na to, da se občasno slišijo razlage, kako ženske ne pustijo moških k domačim opravilom, je treba omeniti, da bi pa kar solidno število žensk rado namenilo nekaj ali dosti manj časa tem opravilom – 15,1% (mimogrede: in 8.1% moških). (Jogan, 2000; 20)

Utrjene predstave o delitvi domačega dela so izredno močno ukoreninjene v vsakdanji praksi in delujejo tudi takrat, kadar so zunanje okoliščine toliko spremenjene, da bi lahko prišlo celo do popolnega zasuka v vlogah moškega in ženske. (Jogan, 2000: 20) Avtorica M. Jogan (2000; 20, 2001: 187) pri tem omenja manjšo raziskavo (Gaberšek, 1997), ki je pokazala, da brezposelni očetje niso pripravljeni prevzeti večjega oziroma sploh nikakršnega dela gospodinjskih opravil tudi v primerih, kadar je edina in glavna skrbnica žena – mati.

Sredi 90-ih se še vedno srečujemo s seksističnim, moškosredišnim usklajevanjem območij plačanega in neplačanega dela. Značilnost položaja zaposlenih žensk v sodobnosti je torej družinska nadobremenjenost, ki obstaja neodvisno od višine dohodka žensk, njihovega statusa in podobno. (Jogan, 1997: 12)

Po razlagah na Slovenskem, ki se pojavljajo zlasti v 90-tih letih 20. stoletja, naj bi bila socialistična družbena ureditev krivec, da so ženske morale zapustiti edino varno zatočišče - topel dom. Najbolj razširjena je (bila) trditev, da je socializem potisnil ženske v tovarne, da jim je naložil dvojno breme in da niso z »emancipacijo« ničesar pridobile, temveč samo izgubile. Androcentrično pristranska in za množično ideološko rabo utrjevana predstava o »pravem« mestu žensk nastopa kot podlaga za primerjavo z realnim položajem v socializmu. (po Jogan, 2000; 23) Predsocialistična preteklost se opisuje kot zlata doba, ko so bile ženske doma, na varnem, obvarovane najrazličnejših stresov. Ta ideološka predstava preteklosti nenehno ustvarja predstavo, da sodobna ženska s svojo zaposlitvijo odstopa od tega kar bi "moralo" biti, kar bi bilo, za njih in za družbo, najbolje - biti doma. S tem, ko je stopila na trg delovne sile, dela narobe, greši. Tovrstne družbene predstave ustvarjajo v ženskah stalen občutek krivde. (Jogan, 1995: 15)

Eden od nujnih pogojev za povečevanje ženske moči v družbi je vsekakor njihova neodvisnost oziroma ekonomska samostojnost, ki jo za večino pripadnic zagotavlja zaposlitev. Tudi če zaposlitev glede na univerzalnost podcenjenost ženske delovne sile ter glede na institucionalne ovire zagotavlja le potencialno neodvisnost žensk, je za reproduciranje enospolne moči nevarna (zlasti, če iz možne pride do dejanske kolektivne politične dejavnosti). Zato ni naključje, da je (bila) vključitev žensk v plačano delo v središču kritičnih presoj socializma in razumevanja tranzicije povezano z odpravo tega "nenaravnega" pojava. (Jogan 2001: 211, Jogan 2000; 12)

Socialistični sistem je vzpostavil institucionalne podlage za odpravljanje diskriminacije, ne le na formalno pravni ravni temveč tudi na ravni enakih možnosti (zlasti v javnem prostoru), zato je bil še posebej "protinaraven". Približevanje moderni razviti družbi je zato pomenilo tudi odpravljanje "protinaravnega" položaja žensk. (Jogan, 2001: 211)

V socializmu (vsaj delno) omejeni androcentrizem je s tranzicijo (=modernizacijo, evropeizacijo) bliskovito oživel in njegovi nosilci so v imenu velikih ciljev družbenih sprememb opravili (ali vsaj poskusili opraviti) tudi z ženskim vprašanjem. Enakost med spoloma je bila stigmatizirana kot zahteva totalitarnega režima in zavržena kot nasprotujoča naravnemu in tradicionalnemu redu. (Jogan, 2001: 211) Po priključitvi Slovenije Evropski uniji takšne razlage ne nastopajo več tako odkrito.

### **3.3 "Ženski" poklici, "moški" poklici**

Danes velja za samoumevno, da se smejo ženske - enako kot moški - šolati in izobraževati. Ustava in zakoni določajo enakopravnost v izobraževanju, vendar podrobnejše analize kažejo, da v sistemu vzgoje in izobraževanja obstaja razlikovanje na podlagi spola, ki pogosto (največkrat implicitno) postavlja dečke v superiorni, deklice pa v inferiorni položaj. (Kozmik, 1998: 16) Na ravni primarne socializacije, torej v najzgodnejši dobi oblikovanja identitete osebnosti, so brez dvoma upoštevanja vreden pripomoček pravljice. Kot kaže kvantitativna in kvalitativna analiza vsebine (Svečak, 1994), ponujajo npr. slovenske ljudske pravljice otrokom spolno neenake, seksistično opredeljene vloge, ki ustrezajo temeljni delitvi dela in osebnostnih lastnosti po spolu. Tako je moškemu pripisano, da je močan, dejaven, iznajdljiv, radoveden, gospodovalen, itd., ženski pa, da je šibka, pasivna, pokorna, ponižna, skromna itd. Razumljivo je, da je za žensko prihranjena predvsem zasebna, družinska, hišna eksistenca, medtem, ko je moški odprt in dejaven v širokem javnem prostoru. (Jogan, 1994: 649, Jogan, 2001: 200) Podobni vzorci prevladujejo tudi v slovenskih berilih v osnovni šoli. V vseh berilih od 2. do 8. razreda (uporabljenih v šolskem letu 1992/93) je bilo učencem na voljo 265 moških in 36 ženskih poklicnih (javnih) vlog. (po Jogan, 1994: 649, Jogan, 2001: 200) Podobne rezultate podaja tudi Hrzenjak M. (1999) v članku Več zlih kot lepih: podoba ženske v slovenskih osnovnošolskih berilih: v skupno 350 besedilih, ki v slovenskih osnovnošolskih berilih predstavljajo moško ali žensko vlogo, je v 90 zgodbah glavni lik ženska ali deklica, v 260 zgodbah pa je glavni lik moški ali deček. Dodaja še, da tudi tam, kjer so deklice ali ženske nosilni lik zgodbe, pogosto niso junakinje v "junaškem" smislu, temveč so glavni lik na čisto poseben, stereotipno ženski način; npr. debela kraljica, nebogljenka princesa, uslužna vila, sitna mati, učiteljica, čarovnica. Sama po sebi je zgovorna tudi zastopanost besedil, ki so jih napisale avtorice. V slovenska osnovnošolska berila so vključena pretežno besedila avtorjev: videti je, da otroška literatura, ki jo pišejo ženske, v teh berilih ni enakovredno zastopana (Hrzenjak, 1999: 133).

Spolna segregacija na trgu delovne sile se kaže tako v vertikalni kot v horizontalni segregaciji ženske delovne sile. Značilnost vertikalne segregacije ženske delovne sile pomeni zasedanje nižjih, manj odgovornih in seveda tudi slabše plačanih delovnih mest v hierarhiji. (Kozmik, 1998: 157) *Na primer v britanski javni zdravstveni službi je 75% zaposlenih ženskega spola. Gledano s hierarhičnega vidika pa je od tega v zdravniškem poklicu 20% žensk in 80% moških. Med medicinskimi sestrami je razmerje 90:10 v korist žensk (Miles, 1991).*

Osnovna značilnost horizontalne segregacije je koncentriranje ženske delovne sile v panogah, ki v povprečju dosega nižje plače (npr. zdravstvo, šolstvo) in v poklicih, ki so slabše plačani (npr. medicinske sestre) (Kozmik, 1998: 156) Povprečne mesečne bruto plače v letu 2002 so pri moških, zaposlenih v izobraževanju, znašale 358.283 sit, pri ženskah, zaposlenih v izobraževanju, pa 278.111 sit. Med zaposlenimi v zdravstvu so podobne razlike, moški dosega bruto plače v povprečju 430.420 sit mesečno, ženske pa 278.958 sit. (Statistični letopis Republike Slovenije, 2004: 253. Podatki seveda ne potrjujejo, da so ženske za isto delo manj plačane, temveč da so po vse verjetnosti v isti panogi zaposlene na nižjih, slabše plačanih delovnih mestih.

Civilizacija, v kateri živimo, ženskam še vedno odreja drugorazredni položaj; pripustila jih je sicer k delu, z vrednotno oznako o "ženskem" pa je v isti sapi naznanila, da gre vendarle za manj pomembno delo. (po Cigale, 1992: 39) Zgodovinsko gledano je bil prodor žensk v kakšen poklic vsakokrat povezan z njegovim razvrednotenjem ali narobe: poklici, ki so izgubili prestižen pomen, so postali domena ženske delovne sile. (Kozmik, 1996: 45) Še danes spadajo socialni poklici med tako imenovane neproduktivne, sekundarne in slabše plačane poklice. Njihovo protislovje pa je v tem, da jih še vedno opravljajo večinoma ženske, ki v teh skrbniških poklicih tudi s strokovno izobrazbo utrjujejo svojo tradicionalno vlogo. (Zaviršek, 1994: 226)

V državah članicah Evropske unije je v povprečju v storitvenem sektorju zaposlenih 76% žensk in 52% moških. Od tega je največ žensk zaposlenih na področju storitev, ki so vezana na "domača" opravila (90,4% v primerjavi z moškimi), na področju zdravstva (71,8%) in izobraževanja (65,4%). (Woman and men in the European Union, 1995: 134)

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj, 2002), je na področju izobraževanja od 54.161 zaposlenih oseb 78% žensk (42.088 delavk) in le 22% moških (12.073 delavcev), v zdravstvenem in socialnem varstvu pa je od 44.983 zaposlenih oseb 81% žensk (36.156 delavk) in 19% moških (8.467 delavcev).

Število registriranih izvajalcev zdravstvene nege v evropskih državah zajema približno 1.700.000 članov in članic. V evropskih državah zdravstveno nego opravljajo večinoma ženske. Delež žensk v zdravstvu se spreminja. Tako je na Danskem v zdravstvu 97%, na Portugalskem 83%, v Nemčiji 82% in v Luksemburgu 75% žensk. (Starc, 2001: 13)

Pri zaposlovanju na področju industrije pa je velik presežek žensk v primerjavi z moškimi pri zaposlovanju v tekstilni in čevljarški industriji, presežek moških v primerjavi z ženskami pa v gradbeništvu, železarski industriji, metalurgiji, lesarstvu (Woman and Men in the European Union, 1995: 137).

V Sloveniji je izrazit presežek moških pri zaposlovanju opaziti v panogah: rudarstvo<sup>8</sup> (91% moških), gradbeništvu (90% moških), promet, skladiščenje in zveze (78% moških), oskrba z elektriko, plinom in vodo (80% moških), kmetijstvo, lov, gozdarstvo in ribištvo (64% moških). (Statistični urad republike Slovenije, 2002)

<sup>8</sup> Rudarstvo kot panoga vključuje le 0.6% delež zaposlenih oseb. (Statistični urad RS, 2002)

Glede na podskupine poklicev (glavnih poklicnih skupin) je med zakonodajalci, visokimi uradniki in menedžerji zaposlenih od 32.938 oseb kar 71 odstotkov moških. Spodbuden podatek je, da je med zakonodajalci in visokimi uradniki kar 42% žensk. Med direktorji in menedžerji družb pa jih je le 28,6%. (Statistični urad Republike Slovenija, 2002)

Druga skupna značilnost "ženskega" dela je, da so zaposlene ženske slabše plačane, čeprav ni nobenih dokazov, da slabše delajo. Toda celo v razvitih evropskih državah ženski zasluži dosegajo le 70-80% moških. Podoben delež so pred leti pokazale raziskave v Sloveniji. V manj razvitih državah pa je razmerje še slabše. (po Cigale, 1992: 42) Povprečne mesečne bruto plače zaposlenih oseb v Sloveniji v letu 2002 glede na strokovno izobrazbo, so pri moških z visoko izobrazbo (vključno z doktorji in magistri) v zdravstvu in socialnem varstvu 694.509 sit, pri ženskah pa 505.268 sit. V izobraževanju so razmere podobne: moški imajo povprečno mesečno plačo 429.173 sit, ženske 341.474 sit. (Statistični letopis Republike Slovenije 2004: 253) Glede na podatke Statističnega urada Republike Slovenije za leto 2002, lahko rečem, da ženske z enako izobrazbo kot moški prejemajo nižjo plačo. Vprašanje, ki se poraja, je: na kakšnih delovnih mestih so zaposlene, na enako visokih in odgovornih kot moški.

Tretja značilnost ali, lahko bi rekli, še en dokaz neenakega položaja pri delu, je nižji statusni položaj. Ženske so zaposlene na nižjih, slabše plačanih delih, na delih, ki se ocenjujejo kot manj pomembna, zahtevajo manj odgovornosti, dajejo manj družbene moči in vpliva. (po Cigale, 1992: 40)

### **3.4 Zaposlenost žensk v Sloveniji**

Če pogledamo slovensko družbo konec 19. stoletja, je bilo med vsemi zaposlenimi 25% žensk, leta 1931, pa je delež presegel 1/3. Pri tem je treba upoštevati, da je Slovenija sledila tendencam Evrope. (Jogan, 1995: 3) V petdesetih letih 20. stoletja so v Sloveniji ženske predstavljale kar 70-80% vseh iskalcev zaposlitve (po Glazer, 1998: 18).

Delež zaposlenosti žensk v Sloveniji je med najvišjimi v svetu (Ferligoj; Rener; Ule, 1990: 12). Dotok žensk na trg delovne sile je v Sloveniji že več let enakomeren in ustaljen, bil pa je nadpovprečen v 60-ih, 70-ih in začetku 80-ih let, ko so ga po eni strani povzročale, po drugi strani pa hkrati absorbirale potrebe po dodatni delovni sili v gospodarstvu in negospodarstvu. (Pirher, 1994: 54)

Delež zaposlenih žensk v letu 1996 v Sloveniji predstavlja 48,8% (Statistični letopis 1997: 198), v letu 2002 pa 44, 8% (Statistični urad RS, 2002). Glede obremenjenosti žensk z družinskim življenjem pa velja podobno kot v ostalih evropskih državah; še vedno je ženska tista, ki poleg zaposlitve zunaj doma opravlja še gospodinjska

dela doma in prevzema pretežno vzgojo otrok. Prehod v kapitalistično industrijsko družbo z odprtim tržnim gospodarstvom in parlamentarno demokracijo je po mnenju S. Lokar (1997: 10) prinesel naslednje neugodnosti:

- visoka stopnja trajne strukturne brezposelnosti (včasih polna zaposlitev obeh spolov);
- zaposlitev z menjavanjem obdobj brezposelnosti in pridobivanja novih znanj;
- razpadla enotnost industrijskega delovnega časa - delovni čas Evrope;
- delovni ritmi otrok in staršev so se razšli;
- spremeni se delovni čas uradov, servisov, bank, ne glede na potrebe uporabnikov;
- razpadla solidarnostna stanovanjska politika;
- problem mladih dobiti plačano delo in si zagotoviti elementarno ekonomsko neodvisnost.

To pa pomeni, da se ženska, močno obremenjena z družino, v obdobju, ko je pomembna le ekonomska rast Slovenije, ne ukvarja več z vprašanjem uskladitve poklica in družine, temveč nujno potrebna ekonomska neodvisnost in samostojnost od nje zahtevata izbiro - samstvo in nerojevanje (povzeto po Lokar, 1997: 10).

Za mlade ženske, ki imajo več svobode kot njihove matere, so izobrazba, delo in kariera sredstva za ohranjanje neodvisnosti. Izobrazba, delo, kariera so pomemben del identitete odrasle ženske. Materinska vloga pa je za sodobne ženske prej emotivna vloga kot poslanstvo. (Ule, Kuhar, 2003: 50)

Mlade ženske si danes skušajo zagotoviti ekonomsko varnost in avtonomijo. Zaradi številnih razlogov, tudi npr. visoke stopnje razvez<sup>9</sup>, nočejo tvegati, da bi bile ekonomsko odvisne od moža. Poleg tega je za pare ugodneje, da sta zaposlena oba, že zaradi varnosti, če eden izgubi zaposlitev. Starši in šolski sistem spodbujajo ženske, da pridobivajo znanje in veščine, ki jim omogočajo, da so konkurenčne med delovno silo. Izobraževalna in poklicna kariera sta pogosto v konfliktu z ustvarjanjem družine. (Ule, Kuhar, 2003: 114)

Mlade ženske nočejo ponavljati izkušenj svojih staršev, zlasti matere, ki je bila dvojno obremenjena. Niso več pripravljene pristati na tako delitev del, ki je utečena v generaciji staršev, torej da bodo one same pretežno odgovorne za družino in gospodinjstvo. (Ule, Kuhar, 2003: 114)

---

<sup>9</sup> Rastoča ekonomska vloga žensk je prinesla s seboj novo izmenjavo spolnih sporazumov. V prvi fazi je to pripeljalo do popolnoma novih konfliktov in do povečane stopnje razvez. Pri tem so predvsem ženske tiste, ki razmišljajo o razvezi zakona in jo tudi zahtevajo, ko ugotovijo, da so izčrpale vse druge možnosti vzpostavljanja sporazuma v odnosu. Ekonomska neodvisnost ženske je osnovni pogoj, ki omogoča ženskam, da zapustijo neuspešen zakon. (Ule, Kuhar, 2003: 50-51) Ekonomska neodvisnost žensk je povzročila tudi to, da se za mlajšo generacijo ugodni partnerski odnosi vse bolj povezujejo z ekonomsko samostojnostjo obeh partnerjev. Ekonomska samostojnost obeh partnerjev ugodno vpliva na stopnjo medsebojnega zaupanja in spoštovanja partnerjev. V petdesetih letih dvajsetega stoletja so pari kot najpomembnejše vidike zakona izpostavljali vlogo hranilcev in gospodinj, v sedemdesetih letih pa so izpostavljali ljubezen kot odločilno za vpostavitve zveze (Wilkinson, 1997, v Ule, Kuhar, 2003: 51) Dokaz za spremenjena razmerja moči med moškimi in žensko v zakonu je želja žensk, da grede iz nesrečnih zakonov. Naslednji dokaz pa je padec formalno sklenjenih zvez. (Ule, Kuhar, 2003: 51)



Dandanes je samoumevno, da želijo biti ženske samostojne in neodvisne ter opravljati poklicne in javne funkcije. Ženske se izobražujejo predvsem, dokler nimajo otrok. Kasneje je nadaljnje izobraževanje in usposabljanje prej izjema kot pravilo, pri čemer igra veliko vlogo tudi raven izvajanih pravic žensk in mater na delovnih mestih, ki so pogosto manj konkurenčna delovna sila od moških in samskih žensk. (Ule, Kuhar, 2003: 114)

### **3.5 Položaj žensk na delovnem mestu**

Delež zaposlenih žensk po stopnji izobrazbe je višji od deleža moških, ko gre za nekvalificirane delavce in delavke ter delavce in delavke z nižjo, srednjo in višjo strokovno izobrazbo (Urad za žensko politiko, 1997: 110) vidno pa se zmanjša delež zaposlenih žensk z magisterijem ali doktoratom. V letu 2002, je po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije, med zaposlenimi ženskami brez izobrazbe, z nepopolno osnovno šolo ali dokončano osnovno šolo 69.907 delavk, kar je v primerjavi z zaposlenimi moškimi z enako stopnjo izobrazbe, 45,5 odstotni delež. Zaposlenih žensk z višjo ali visoko dodiplomsko in podiplomsko izobrazbo je 85.196 19,8% aktivnega prebivalstva ženskega spola. Zaposlenih moških z enako stopnjo izobrazbe je 66.384, kar predstavlja 12,8 odstotkov aktivnega prebivalstva.

V dejavnostih, kjer so ženske izobražene enako dobro kot moški, je delež žensk na odgovornejših delih in položajih "nenavadno" nizek. Zanimivo je, da je tudi v panogah, kjer so med zaposlenimi pretežno ženske, večina višjih položajev rezervirana za moške. To velja tudi za dejavnosti, v katerih ženske predstavljajo večino strokovnega osebja, kot npr. v izobraževanju, v zdravstvu itd., saj to, da so v določeni dejavnosti zaposlene večinoma ženske, ne pomeni, da dejavnost nadzirajo ženske, še celo kadar gre za managersko osebje, se praviloma "išče" moški (Cigale, 1992: 40-41).

Kljub vedno višji izobraženosti žensk v Sloveniji in s pridobivanjem formalnih pogojev za napredovanje, jih je na upravnih in vodstvenih delovnih mestih izrazito malo. (Akcija za enakost, razvoj in mir, 1994: 107-109)

Velika odsotnost žensk na vodilnih in vodstvenih mestih je vidna predvsem v negospodarstvu. (Lekše, 1995: 28, Cigale, 1992: 40). Npr., v vseh slovenskih bolnišnicah sta bili leta 1995 dve direktorici, kljub temu, da je v zdravstveni dejavnosti zaposlenih med 80-90% žensk (Lekše, 1995: 28). Tudi socialne poklice opravljajo večinoma ženske, upravljanje pa izvršujejo moški (Zaviršek, 1994: 40).

### 3.5.1 DELOVNI ČAS

Po mnenju D. Verša (1995: 18) je eden izmed kazalcev kakovosti življenja delovno aktivnega prebivalstva tudi delovni čas. Pri ženskah je treba delovni čas ocenjevati v povezanosti z ostalim življenjskim časom. Delovni čas nam pove, kako aktivno so delavci/ke vključene v delo. (Verša, 1995: 18)

Problematika usklajevanja dela in ostalih področij življenja je prišla v organizacijah/podjetjih v ospredje z legalizacijo enakih možnosti žensk na trgu delovne sile in se kasneje okrepila z družini naklonjenimi politikami. V Sloveniji se je v drugi polovici 20. stoletja uspešno razvijala državna socialna politika, ki je olajšala staršem usklajevanje delovnega in družinskega življenja, zato podjetja temu niso posvečala posebne pozornosti. Z uvedbo tržne ekonomije in prilagajanjem slovenske zakonodaje kriterijem Evropske unije pa ta problematika tudi pri nas postaja vedno bolj aktualna. (Černigoj Sadar, Vladimirov, 2004: 295)

V drugi polovici devetdesetih je Evropska unija skušala v praksi uveljaviti družini naklonjeno politiko z različnimi direktivami in srednjeročnimi programi za uveljavljanje enakih možnosti. Izhodišča zaposlitvenih smernic Evropske unije za leto 1999, so bila: 1) izboljšanje zaposljivosti; 2) razvoj podjetništva; 3) spodbujanje prilagodljivosti podjetij in njihovih zaposlenih; 4) krepitev politik enakih možnosti za moške in ženske. Osnovne smernice zaposlovanja in zmanjševanja brezposelnosti v Evropski uniji so vključene tudi v aktivno politiko zaposlovanja v Sloveniji. Tudi novi Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, 2002) izpostavlja problematiko usklajevanja delovnega in družinskega življenja ter preprečevanja diskriminacije zaradi družinskega statusa in družinskih obveznosti. (Černigoj Sadar, Vladimirov, 2004: 295)

V Sloveniji delajo v povprečju ženske dve uri in pol manj kot moški, prav tako je delovni teden krajši kot pri moških, saj zaradi gospodinjskih in družinskih obveznosti težje opravljajo nadure. V primerjavi z Evropo delajo slovenske delovno aktivne ženske 6,2 ure na teden več kot povprečno delovno aktivne ženske v državah Evropske unije. (Verša, 1995: 9).

#### 3.5.1.1 *Fleksibilne oblike dela*

Konec dvajsetega stoletja so fleksibilne oblike dela in zaposlitve v Sloveniji in njihovo spremljanje, po mnenju I. Svetlika (1994: 125), razmeroma nov pojav. Njihove posledice niso povsem predvidljive, vsekakor pa bodo vplivale na dogajanja tako na gospodarskem kot na socialnem področju. Med fleksibilne oblike dela in zaposlitve se uvrščajo:

- delo za določen čas,
- delo s krajšim delovnim časom,
- drugo delo (second job), ki ga posamezna oseba opravlja ob redni zaposlitvi,

- delo po pogodbi in
- delo za neposredno plačilo. (Svetlik, 1994: 126, Kanjuo Mrčela, Ignjatovič, 2004: 236)

A. Kanjuo Mrčela in M Ignjatovič (2004: 236) dodajata še: gibljiv delovni čas, zgoščeni delovni teden, letno določene ure, fazna, delna upokožitev, začasna prekinitve kariere, prostovoljno reducirani delovni čas, podaljševanje delovnega časa, nadurno delo, izmensko delo.

Fleksibilne oblike zaposlovanja delodajalci uporabljajo, države s svojimi politikami zaposlovanja pa spodbujajo, da bi povečali učinkovitost poslovanja/gospodarstva: fleksibilizacija naj bi omogočala lažje spoprijemanje s hitrimi in težko napovedljivimi spremembami, ki so značilne za današnje (globalno) poslovanje. Fleksibilnejše oblike zaposlovanja naj bi omogočale tudi ustvarjanje novih delovnih mest in s tem reševanje problema brezposelnosti. (Kanjuo Mrčela, Ignjatovič, 2004: 231)

Mnogi analitiki opozarjajo, da veliki deli populacije zaradi eksistenčnega pomena, ki ga ima delo zanje, čutijo fleksibilizacijo kot pritisk in nezaželeno povečevanje negotovosti (delovnega) življenja. (Kanjuo Mrčela, Ignjatovič, 2004: 231)

N. Černigoj Sadar in P. Vladimirov (2004: 271) med fleksibilne oblike dela s potencialno pozitivnimi učinki uvrščata: delo za krajši delovni čas, delitev delovnega mesta, prožni delovni čas, delo na domu in delo na daljavo. Te oblike dela potencialno omogočajo manj konfliktno izvajanje različnih socialnih vlog, kar pomeni več možnosti za produktivno vzpostavljanje odnosov v različnih življenjskih okoljih, staršem pa dajo možnost, da več časa preživijo s svojimi otroki. Med oblike dela s potencialno negativnim učinkom pa je uvrščeno: delo ob vikendih, delo v izmenah, nadurno delo, začasno /priložnostno delo in pogodba za določen delovni čas. Pri teh oblikah dela ne gre samo za intenzifikacijo dela, ki povzroča negativne zdravstvene in socialne učinke, ampak pomembno omejuje možnosti za proaktivni management osebnega življenja in s tem tudi uspešno iskanje poti za povezovanje med različnimi področji življenja. (Černigoj Sadar, Vladimirov, 2004: 272)

Poklice, ki so se najbolj prilagodili fleksibilnim oblikam dela, opravljajo predvsem učitelji in vzgojitelji ter delavci v osebnih storitvah in varstvu. (Svetlik, 1994: 129)

Poleg neugodne razporeditve delovnega časa se fleksibilnim oblikam dela pripisujeta tudi slabo plačilo in nizka socialna varnost zaposlenih (Svetlik, 1994: 131). Raziskave najmanj ugodnih oblik fleksibilnega zaposlovanja kažejo, da jih opravljajo nadpovprečno več ženske, neizobraženi delavci, invalidi, imigranti in pripadniki rasnih in etničnih manjšin – torej tudi drugače marginalizirane skupine na trgu delovne sile. (Rowbotham, 1998 v Kanjuo Mrčela, Ignjatovič, 2004: 234) Ženske so nekoliko nadpovprečno zastopane pri delu za določen čas in delu s krajšim delovnim časom in je zato njihova negotovost na trgu delovne sile večja od negotovosti moških. Delo s krajšim delovnim časom opravljajo pogosteje, ker ga pogosteje kombinirajo z opravljanjem neplačanega dela

doma oziroma v družini. (Cigale, 1992: 41; Svetlik, 1994: 131; Fagan, O'Reilly, 1997: 3, Ule, Kuhar, 2003: 110, Černigoj Sadar, 2004: 268) Ženske so v ostalih fleksibilnih oblikah dela manj zastopane kot moški. (Svetlik, 1994: 131)

Delež tako moških kot žensk v Sloveniji, ki delajo s skrajšanim delovnim časom, je v primerjavi z nekaterimi evropskimi državami, zelo majhen. (Cigale, 1992: 41, Ule, Kuhar, 2003: 110))

Najvišji odstotek vseh zaposlenih s skrajšanim delovnim časom je na Nizozemskem in ga večinsko predstavljajo ženske. Zaskrbljujoče je prav zaradi opozoril razvitih držav, ki menijo, da se z uvajanjem fleksibilnih oblik zaposlitve in dela, socialne razmere prebivalstva poslabšujejo (Cigale, 1992 41; Verša, 1995: 20).

Ženske, ki so glede tega v vseh državah članicah veliko bolj prizadete kot moški, so ponavadi tako v delovnopravnem kot tudi v socialnem smislu veliko slabše zaščitene kot osebe v "normalnem delovnem razmerju". Leta 1995 je v državah članica Unije opravljalo delo s skrajšanim delovnim časom kar 31,2% žensk in le 5,2% moških. (Neuhold, 1998: 52)

**Tabela 1: Prednosti in slabosti zaposlitve s krajšim delovnim časom** (Verša, 1995: 19)

Prednosti zaposlenosti s krajšim delovnim časom	Slabosti zaposlenosti s krajšim delovnim časom
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delodajalec lahko zaposluje delavce glede na gibanje delovne sile na trgu.</li> <li>• Pripomore k zmanjšanju brezposelnosti.</li> <li>• Zaposlenim omogoča usklajevati poklicne in ostale življenjske želje in potrebe.</li> <li>• Predstavlja pot do zaposlitve s polnim delovnim časom.</li> <li>• Produktivnost delavcev je višja.</li> <li>• Minimalna odsotnost z dela.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krčenje in zmanjševanje ekonomskih in socialnih pravic.</li> <li>• Nižji dohodki.</li> <li>• Socialna negotovost.</li> <li>• Slabši karierni obeti.</li> <li>• Slabše poklicne razvojne možnosti (Ule, Kuhar, 2003:112).</li> </ul>

Nevarnost, ki se utegne pojaviti, je, da bo ženska pod pretvezo ugodnosti, ki jih prinaša delo s krajšim delovnim časom, lahko opravljala vsa dela v sferi zasebnosti (skrb za gospodinjstvo /in moža/ in vzgoja otrok) ter se sočasno vključevala v sfero javnosti. Ker pa to delo prinaša (vsaj časovno) manjše obveznosti in temu primerno tudi manjše plačilo, bo zaslužek ženske spet le kot dodatek k družinskemu proračunu. Ženska tako ostaja v podrejenem položaju, saj delo v sferi zasebnosti ostaja neovrednoteno in necenjeno.

### 3.5.2 RAZLIKE V OSEBNIH DOHODKIH ŽENSK IN MOŠKIH

Veljavna zakonodaja, kolektivne pogodbe in splošni akti organizacij obravnavajo plačila enako ne glede na spol. Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/02), ki ureja odnose med delodajalcem in delavcem/delavko, v 6. členu prepoveduje kakršnokoli diskriminacijo<sup>10</sup> in v 133. členu odreja enako plačilo žensk in moških:

- ◆ *Delodajalec je dolžan za enako delo in za delo enake vrednosti izplačati enako plačilo delavcem, ne glede na spol.*
- ◆ *Določila pogodb o zaposlitvi, kolektivne pogodbe oziroma splošnega akta delodajalca, ki so v nasprotju s prejšnjim odstavkom, so neveljavna.*

Primerjava izhodiščnih cen v gospodarstvu in negospodarstvu kaže, da je cena dela v negospodarstvu nižja za 25%. V negospodarstvu so zaposlene pretežno ženske - kar 71,3% od vseh zaposlenih v tej dejavnosti (Lekše, 1995, str. 27 ), v gospodarski dejavnosti pa je zaposlenih 41,7% žensk. (Urad za žensko politiko, 1997: 109)

Raziskava v Švici leta 1981 je pokazala, da imajo ženske v povprečju 30% nižji osebni dohodek (za enako delo, z enakimi pogoji). (Fagan, O'Reilly, 1997 4) V Združenih državah Amerike se še skrbno varuje in ohranja delitev del na moška in ženska s samoumevno podreditvijo žensk. Zaposlitev žensk kot ekonomska nujnost ima za posledico tudi diskriminacijo v dohodkih. Uradno sicer velja enako plačilo za enako delo, vendar razlike med dohodki obstajajo, ker ženske pač ne opravljajo "enakega" dela, (kot je Ušeničnik že leta 1910 razsodil na podlagi "splošne sodbe"). (Jogan, 1990: 174)

Podatki zadnje raziskave o plačah po stopnji strokovne usposobljenosti in šolske izobrazbe v letu 1996, ki jih je objavil Statistični urad Republike Slovenije, so pokazali, da so bile povprečne mesečne bruto plače moških, zaposlenih v podjetjih in drugih organizacijah v Sloveniji, v večini primerov v povprečju za vse stopnje strokovne usposobljenosti ali šolske izobrazbe višje kot plače žensk, zaposlenih prav tam. Po stopnjah strokovne usposobljenosti so bile plače moških v povprečju višje za 17,7 %, po stopnjah šolske izobrazbe pa za 16,6 %. Leta 1996 so imele glede na stopnjo šolske izobrazbe ženske višjo povprečno mesečno bruto plačo kot moški le v kmetijskih dejavnostih, in sicer za 8,2 %. V veliki večini primerov so plače moških po stopnjah strokovne usposobljenosti prav tako višje od plač žensk, v povprečju do okrog 23 %. Razlike med plačami so bile najmanjše

<sup>10</sup> Delodajalec ne sme iskalca zaposlitve (v nadaljnjem besedilu: kandidata) pri zaposlovanju ali delavca v času trajanja delovnega razmerja in v zvezi s prenehanjem pogodbe o zaposlitvi postavljati v neenakopraven položaj zaradi spola,... (Uradni list RS, št. 42/02, Zakon o delovnih razmerjih, 6. člen, prvi odstavek)

Ženskam in moškim morajo biti zagotovljene enake možnosti in enaka obravnava pri zaposlovanju, napredovanju, usposabljanju, izobraževanju, prekvalifikaciji, plačah in drugih prejemkih iz delovnega razmerja, odsotnostih z dela, delovnih razmerah, delovnem času in odpovedi pogodbe o zaposlitvi. (Uradni list RS, št. 42/02, Zakon o delovnih razmerjih, 6. člen, drugi odstavek)

Prepovedana je neposredna, kot tudi posredna diskriminacija, zaradi spola, rase, starosti,... . (Uradni list RS, št. 42/02, Zakon o delovnih razmerjih, 6. člen, tretji odstavek)

v srednjih stopnjah strokovne usposobljenosti (nižje šole - 8,6 %). Pri kvalificiranih zaposlenih osebah pa je bila razlika med plačami skoraj tako velika kot pri nekvalificiranih, kjer je dosegla 22,7 %. (Statistični letopis Republike Slovenije 1997, Statistični urad Republike Slovenije)

**Tabela 3.5.2. 2: Povprečne mesečne bruto plače na zaposleno osebo\* po stopnjah strokovne usposobljenosti Slovenija, 2002**

	Slovenija	MOŠKI	ŽENSKE	RELATIVNI ZAOŠTANJEK PLAČE ŽENSKE V PRIMERJAVI S PLAČO MOŠKEGA
SKUPAJ	235.882	246.985	223.456	90.5%
Visoka strokovna usposobljenost	461.294	512.888	411.936	80.3%
doktorji in doktorice	626.907	641.013	590.719	92.2%
magistri in magistre	569.105	600.801	529.684	88.2%
Višja strokovna usposobljenost	304.771	319.695	291.757	91.3%
Srednja strokovna usposobljenost	218.037	228.060	209.273	91.8%
Nižja strokovna usposobljenost	159.533	165.065	149.993	90.9%
Visoko kvalificirani	182.238	194.811	155.847	80.0%
Kvalificirani	164.196	179.392	136.703	76.2%
Polkvalificirani	143.822	151.729	133.692	88.1%
Nekvalificirani	128.443	137.513	122.181	88.9%

Vir: Statistične informacije, ZAP/L, letna raziskava, Statistični urad Republike Slovenije, Statistični letopis Republike Slovenije 2004: 252, 254.

\* Enote opazovanja so bile družbe, podjetja in organizacije oziroma njihove poslovne in druge enote v sestavi na območju Republike Slovenije, ki so bile izbrane s pomočjo vzorca.

Poudarjam, v literaturi nisem našla argumentov, dokazov, raziskav, na podlagi katerih bi lahko razložili, da: "ženske zaradi svojih lastnosti ne morejo opraviti dela enako dobro kot moški".

### 3.5.3 VLOGA DELODAJALCA PRI ZAPOSLOVANJU ŽENSK

Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/02) v 25. členu navaja:

(1) Delodajalec ne sme prostega delovnega mesta objaviti samo za moške ali samo za ženske, razen če je določen spol nujen pogoj za opravljanje dela.

(2) Objava prostega delovnega mesta tudi ne sme nakazovati, da daje delodajalec pri zaposlitvi prednost določenemu spolu, razen v primerih iz prejšnjega odstavka.

S prehodom v tržno gospodarstvo v devetdesetih so se zgodile velike spremembe tudi za delavce. Sistem odprtega trga nagrajuje inovativnost in trdo delo. Država po novem zgolj regulira ta sistem. Svobodni tržni sistem znatno nagrajuje tiste, ki so uspešni v njegovih razmerah, ni pa prizanesljiv do tistih, katerih nastop na trgu je manj uspešen. Ti so kaznovani z izgubo dohodka ali stagnacijo na karierni poti. (Ule, Kuhar, 2003: 111)

Tržni sistem obravnava delavca zgolj kot *input* v produkcijskem sistemu. Delodajalci tako pogosto vidijo v delavcih samo delovno silo, ne pa ljudi, ki imajo družino ali intimne odnose. Zlasti ženske imajo pogosto težave s kombiniranjem plačanega dela in družinskega življenja. V Sloveniji za razliko od tujine ni tradicije *dela za skrajšani delovni čas*. (Ule, Kuhar, 2003: 111)

Podatki iz raziskave L. Miklavčič, predstavljeni v diplomski nalogi Odnos slovenskih delodajalcev do zaposlovanja žensk (1996: 47) jasno kažejo, da delodajalci raje zaposlujejo moške. Kar 44% anketiranih podjetij (anketiranih je bilo 50 podjetij) nagiba raje k zaposlitvi moških, kljub enaki izobrazbi, izkušnjah, priporočilih,...

Vzroki, ki jih mnogi navajajo in jih podatki tudi potrjujejo, so: ženske so zaradi boleznih več odsotne z dela kot moški, pri ženskah je odsotnost z dela zaradi nosečnosti in rojstva otroka, več je tudi izostankov z dela zaradi nege družinskih članov (kar nakazuje na to, da je v našem okolju vse bolj prisotna predstava o ženski kot nezanesljivi delovni sili, saj naj bi bila v teku življenja obremenjena z različnimi družinskimi obveznostmi (Jogan, 1995b: 13). Anketirana podjetja iz omenjene raziskave tudi nakazujejo, da med ženskami raje zaposlujejo ženske, ki že imajo odrasle otroke kot pa mlajše ženske brez otrok. Na podlagi teh odgovorov se zdijo tudi verjetne govornice mladih iskalk zaposlitve, da jim je bila pred nastopom zaposlitve s strani delodajalca ponujena v podpis pogodba, ki jih "obvezuje", da najmanj tri leta ne bodo imele otrok... (Miklavčič 1996: 471)

### 3.5.4 ŽENSKE V POLITIKI

Delovna mesta, kjer je zaposlenih zelo malo žensk, so delovna mesta v politiki. Škoda je toliko večja, ker gre za področje, kjer se sklepajo odločitve, ki pomembno zaznamujejo in oblikujejo družbeno življenje.

Tradicionalno opredeljevanje ženske kot matere in gospodinje, primarno delujoče v družini, je opravičevalo izključevanje žensk iz političnega, javnega življenja. Poleg strogih prepovedi ženske udeležbe v političnem odločanju so k utrjevanju in nevprašljivosti izključenosti žensk prispevale razlage same narave politike, ki da je npr. "umazana", "groba", strogo racionalna zadeva - torej že v svojem bistvu neprimerna za ženske, ki so pa "naravi" določene za bolj "vzvišene" dejavnosti. (Jogan, 2001: 51)

Polje politike je bilo in je še vedno tradicionalno "moško" polje. Dejstvo, da so ženske dobile volilno pravico šele konec 19. stoletja<sup>11</sup>, v večini držav pa šele v 20. stoletju (v Sloveniji, takrat še Jugoslaviji, so ženske dobile volilno pravico po drugi svetovni vojni, z Ustavo 1946), glede na moškosrediščno družbo, ki (je) vlada(la), niti ne preseneča. (Kozmik, 1996: 43, Jogan, 2001: 51)

Medtem, ko osebje služb na nižjih nivojih obsega visok delež žensk, pa so ženske nedvomno v manjšini med tistimi, ki sprejemajo odločitve, še posebno med višjimi državnimi uradniki (Skard, Haavio-Mannila, 1992: 193). Za politiko velja natanko ista ugotovitev kot za druga področja zaposlovanja: delež žensk upada z višanjem položaja v hierarhiji političnega odločanja (in to celo na področjih, ki so pretežno feminizirana) (Jogan 2001: 51, Antić, Mencin, 1992: 104).

Za vse tranzicijske družbe je v 90-tih značilna naslednja tendenca: kolikor težji je (bil) položaj žensk, toliko manjše so (bile) možnosti, da bi njihovi problemi postali javni in politično pomembni, saj so bile v političnem odločanju (tako na državni kot na lokalni ravni) praktično potisnjene na obrobje. Zmanjšanje udeležbe žensk v političnem delovanju pa ne pomeni, da bi se zmanjšalo zanimanje žensk za politiko ali celo, da bi politika sploh ne zanimala žensk. Raziskava konec 80-tih (Ule, 1990: 17) je pokazala, da se je 3,3% žensk strinjalo s stereotipno trditvijo, »da ženske niso sposobne za politiko« in 7,7%, da je »politika stvar moških«. Da se ženske zanimajo za politiko, da niso apolitična bitja, je pokazalo tudi raziskovanje SJM 1995 (vprašanje 117), saj je na vprašanje »V kolikšni meri vas zanima politika?« 48,6% moških in 39,8% žensk odgovorila »me zanima«, da jih ne zanima, je menilo 20,3% moških in 24,7% žensk, in da jih malo zanima 30,9% moških in 35,3% žensk (Andrejašič, 2000: 130 v Jogan, 2000: 21)

Hilke Rebenstorf (1992: 170) odkriva nastavke za skromno zastopanost žensk v politiki, torej ovire na poti k doseganju političnih vodilnih položajev v:

- družbenih normah in vodilnih predstavah ter v
- individualni (glede na spol specifični) socializaciji ter življenjskih kontekstih.

<sup>11</sup> V Novi Zelandiji so dobile ženske volilno pravico leta 1893 (Kozmik, 1996: 43).



Dejavnost žensk v politiki je bila vedno odraz njihove vloge v družbi. V večini dežel v razvoju številne ženske sodelujejo v liberalnih gibanjih in oblikovanju nacionalne politike strukture. Vendar so premalo vključene v proces sprejemanja odločitev tako v javnem kot v političnem življenju. Študija njihove vloge v okviru politike je pokazala, da so večinoma dejavne na neformalnih področjih, ki so bližja njihovim problemom, kot pa na področju formalne politike. (Lokar, 1995: 11) Tradicionalna dominacija moških v političnem sistemu ostaja in čeprav so ministrice v zadnjih desetletjih postale pravilo v nordijskih državah, je pred ženskami še dolga pot, preden bodo dosegle enak položaj, to je, preden bo politična moč pravično porazdeljena med obema spoloma na vseh nivojih (Skard, Haavio-Mannila, 1992: 209).

Po volitvah in pred volitvami je v novodobni<sup>12</sup> Sloveniji navada, da se razpravlja o tem, ali so ženske sploh primerne za politično delovanje, kako naj bi vstopile v ta posvečeni javni prostor, koliko žensk naj bi bilo pripuščenih k temu, ipd. Zanimanje za ta vprašanja je razumljivo, saj gre za vdiranje žensk v dejavnost, ki jim je bila z vsemi sredstvi uravnavanja javnega in zasebnega delovanja do nedavnega nedostopna. Takšno zgodovinsko dolgotrajno stanje pa nikakor ni naključno in se ne ohranja po naravni poti. Torej se po naravni poti tudi ne bo spremenilo! (Jogan, 2001: 67)

Očitno pa je pričakovanje o »naravnem razvoju« navzoče v javni zavesti na Slovenskem, saj kot družba nimamo dovolj jasnih in podrobneje izdelanih načrtov glede doseganja enakih možnosti za oba spola na vseh pomembnih področjih delovanja in življenja, še najmanj v politični sferi. Zato lahko samo pričakujemo, da se bo težnja po repatriarhalizaciji (iz 90-tih let 20. stoletja) nadaljevala, če bo šel razvoj po svoji »naravi« poti naprej. (Jogan, 2001: 67)

Ena od nujnih okoliščin za spremembo je z zakonom določeno številčno razmerje med spoloma, ki kot prvi korak omogoča nadaljnje korake v smeri krepitve načela enakih možnosti in pravične razporeditve bremen in ugodnosti. Preprosto – gre za določen minimalni delež enega ali drugega spola – popularno označen kot kvota. Kdo potrebuje kvoto? Brez dvoma je moški ne potrebujejo, ker njihovo navzočnost v političnem delovanju zagotavljajo vsi vzorci in postopki vsakdanjega zasebnega in javnega delovanja. (Jogan, 2001: 67) Ali je kvota potrebna za ženske, da bi postale bolj aktivne določevalke skupnih pogojev življenja? Če upoštevamo zgodovinske izkušnje zadnjih desetletij, je odgovor pritrdilen. Seveda to ne velja za slovenske razmere: tu je bil že leta 1996 zrečen odločen »ne« možni zakonski določitvi minimalnega deleža podpredstavljenega spola v državnem zboru. In ta »ne« odmeva kar naprej in je utemeljevan in opravičevan na najrazličnejše načine. (Jogan, 2001: 67)

---

<sup>12</sup> 90-ta leta

## 4 POKLIC MEDICINSKA SESTRA

### 4.1 NAZIV ZA POKLIC "MEDICINSKA SESTRA"

Področje dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je izvajanje zdravstvene nege, sodelovanje pri diagnostično terapevtskem programu in delovanje v zdravstvenem timu. Včasih se je za diplomante/ke pete stopnje uporabljal izraz "srednja medicinska sestra". Pri tem so bili predstavniki moškega spola v nazivanju zapostavljeni. Od takrat do danes se je naziv še nekajkrat spremenil. Danes diplomanti/ke pete stopnje pridobijo naziv *tehnik zdravstvene nege* (mimogrede, zapostavljenost ženskega spola, ki še vedno predstavlja večino diplomantov/diplomantk, nikogar več ne moti!), ki se uporablja tudi za ženske, uradni naziv, ki se uveljavlja, je vendarle »*tehnica zdravstvene nege*«. Naziv "diplomirana medicinska sestra" se uporablja za diplomantke visoke šole, diplomanti pa dobijo naziv "diplomirani zdravstvenik".

Začetna preprosta definicija medicinske sestre predstavlja "nurse" kot osebo, ki hrani, vzreja ali vzgaja in ščiti drugega; kot osebo, ki je pripravljena negovati bolne, poškodovane in ostarele. Samostalniška beseda *nurse* izhaja iz latinske besede *nutrix*, kar pomeni mater, ki hrani ali tudi dojiljo (Urbančič, 1996: 21, Pahor, 1998: 7-8). Tako je že v izvorni rabi pomen »*nursinga*« povezan z žensko. Pozneje je skozi stoletja beseda *nurse* prevzemala pomen osebe, ki je skrbela za bolne. (Urbančič, 1996: 21)

### 4.2 ZDRAVSTVENA NEGA - PODROČJE DELA MEDICINSKIH SESTER

Področje dela medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je opravljanje zdravstvene nege. Izraz *zdravstvena nega* naj bi ločil negovanje, ki ga opravlja strokovno usposobljena oseba (medicinska sestra, zdravstveni tehnik) od laične nege, (ko mati neguje svojega otroka).

Medicinske sestre se dobro zavedajo, da pomeni dobra zdravstvena nega več kot le kompetentno izvajanje številnih negovalnih aktivnosti. (Gastmans, 1999: 216)

Zdravstvena nega, ki je usmerjena v ohranjanje človekovega zdravja in negovanje v času bolezni, invalidnosti, se v družbi smatra kot žensko delo. (French, Watters, Matthews, 1994: 141)

#### 4.2.1 ZGODOVINA ZDRAVSTVENE NEGE

Korenine zdravstvene nege segajo daleč v zgodovino, čeprav večina starih zapisov začetkov negovanja ne povezuje z zdravstveno nego ali z medicinskimi sestrami. Razen nekaterih moških strežnikov v času zgodnjega budizma v Indiji, ter babic, zdravstvena nega, kot jo pojmuje danes, ni obstajala. (Urbančič, 1996: 23-24)

Skrb za zdravje spremlja človeka od prazgodovine naprej (primer zlomljene in zaceljene ključnice krapinskega pračloveka). Razvoj zdravstva in skrb za bolnika (npr. pri Grkih, Rimljanih) pa je različen glede na različne kulture. Na razmah bolniške nege je vplivalo krščanstvo s karitativno dejavnostjo žensk, ki so skrbele za bolne in siromašne. Organizirana zdravstvena skrb je živela v okviru srednjeveških samostanov in hospitalov, ki so predstavljali karitativne ustanove za popotnike, uboge in bolne. Izrazito zdravstveno dejavnost so gojili tudi križarski viteški redovi, na razvoj zdravstva pa so vplivala tudi mesta in vladarji ter vrsta kužnih bolezni. O tem pričajo Ljubljanski srednjeveški leprozorij in lazareti (tamkajšnji redovniki) - tolažniki bolnih in umirajočih za kugo. Od srednjega veka naprej so poznani naslednji ljubljanski špitali in karitativne ustanove, ki so skrbele za bolne in uboge:

- ◆ križniški špital iz 13. stoletja,
- ◆ meščanski špital (iz srede 14. stol),
- ◆ cesarski (Ferdinanta I) špital (iz srede 16.stoletja). (po Pavlič 1992: 11)

Ob reformah Marije Terezije so se te ustanove ukinile, v zaprtih samostanih pa so poiskali prostor za nove bolnišnice. (Pavlič 1992: 11)

Prvo polovico 16. stoletja zaznamuje v razvoju zdravstvene nege pobuda s Pirenejskega polotoka: Janez Ciudad (ali sv. Janez od Boga) ter njegovo društvo "društvo svetnih ljudi za strežbo bolnikom", ki se je razvilo v red usmiljenih bratov. Z delom po bolnišnicah v različnih mestih na Slovenskem<sup>13</sup>, je ta red povezan tudi z našimi kraji. Ti redovniki niso bili brez strežniške pa tudi medicinske izobrazbe, saj so v začetku 19. stoletja v ljubljanski bolnišnici osnovali klinično šolo. Še večji vpliv na strežbo bolnikov je pri nas imela ženska redovna ustanova "družba krščanske ljubezni" ali usmiljenih sester (usmiljenk<sup>14</sup>), ki se je preko Gradca razširila na naše kraje v sredini 19. stoletja. Za zdravstveno nego v posameznih ustanovah so skrbele tudi druge redovne družbe: zagrebške usmiljenke, sestre križniškega reda, slovenjebistriške šolske sestre. (po Pavlič 1992: 11)

Do nastanka sestrsk skupnosti je prišlo tudi v protestantskem svetu. V začetku 19. stoletja je Elitabeth Fry osnovala družbo protestantskih sester usmiljenja, ki je bila kljub verski motivaciji laična organizacija. V nemških

<sup>13</sup> Trst, Gradec, Ljubljana, Novo Mesto. (po Pavlič 1992: 11).

<sup>14</sup> »Družba krščanske ljubezni« izhaja iz Francije in je bila ustanovljena v prvi polovici 17. stoletja s prizadevanjem Vincencija Pavelskega, pobudnika modernih principov patronažne službe in socialnega skrbstva in Ludovike de Marillac. (po Pavlič 1992: 11).

deželah sta na razvoj bolniške nege vplivala protestantski pastor Theodor Fliedner in njegova žena Karolina. Osnovala sta združenje novih diakonis<sup>15</sup> in leta 1836 tudi šolo, v kateri so se izšolale za nego bolnika.

V letih 1700-1860 nastanejo prvi učbeniki za negovalce, vendar jih nepismene negovalke niso mogle brati, pač pa so jih brali drugi izobraženi ljudje, npr. Florence Nightingale, (Urbančič, 1996: 24), ki danes velja za začetnico razvoja in organizacije zdravstvene nege. Florence Nightingale (1820-1910) je v času Krimske vojne (1854-56) v Bosporju organizirala bolnišnico, v kateri je kot glavna sestra skrbela za bolne in ranjene. S svojim delom je dokazala pomen zdravstvene nege za uspešno zdravljenje, saj je po njeni zaslugi smrtnost ranjenih vojakov s 40% padla na 2%. (Urbančič, 1996: 24, Pavlič 1992: 12) Zaradi nočnih obhodov po bolnišnici, se je je prijel naziv "žena s svetilko" (slika 3.7.1.1), ki je še danes simbol medicinskih sester.



Slika 4.2.1.1: Florence Nightingale – »žena s svetilko«  
Vir: Pavlič (1992) *Zdravstvena nega in tradicija*. Šola za medicinske sestre; zdravstveno šolstvo na slovenskem. Ljubljana; Slovenski šolski muzej: 12.

Zasluge za razvoj zdravstvene nege kot jo poznamo danes, ima torej začetnica Florence Nightingale. Na slovenskih tleh velja za pionirko na področju zdravstvene nege Angela Boškin (1820-1910). Ni moč spregledati tudi njenih zaslug za ustanovitev in razvoj zdravstvenega strokovnega šolstva (Toni-Gradišek, 1992b: 31).

<sup>15</sup> Diakonise so bile ženske, ki so pomagale versko poučevati druge ženske ter skrbeti za reveže in bolne. V protestantskem okolju je bila to redovnica. (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 1994: 136)

V Ameriki so v času kolonizacije nego opravljali družinski člani ali sosedje. Prehrana, higiena, prva pomoč ter negovanje in okrevanje po bolezni so bile lastnosti, ki se jih je (pri)učila vsaka gospodinja. Začetki modernega sestrinstva segajo v obdobje Državlanske vojne v čas okoli leta 1860, ko ženske kot negovalke v vojnih bolnišnicah oskrbujejo ranjene in bolne vojake. Delo negovalke - skrb za okolje in nego pacienta se je strogo ločilo od dela zdravnikov, diagnosticiranja in zdravljenja. Glede na obstoječo spolno razmejeno delitev dela, pri kateri so skrb, negovanje in čustveno podpora pripadala ženski, so tako postala "naravna" tudi za medicinsko sestro. (Olesen, Bone, 1998: 317) Do konca 19. stol je medicinska sestra postala sprejemljiv poklic za mlade ženske srednjega družbenega razreda. Po številnih mestih so se začele ustanavljati bolnišnice in šole za medicinske sestre. Šolanje je trajalo dve ali tri leta in je temeljilo na praktičnem usposabljanju in skoraj vojaškem življenjskem stilu. Študentke so živele v domovih, v bolnišnici pa opravljale večino negovalnega dela. (po Flood v Olesen, Bone, 1998: 317)

V Avstraliji, je v drugi polovici 19. stoletja negovanje postalo poklic primeren za ženske z nekaj izobrazbe. Sledil je vzorcu britanske zdravstvene nege. Kot primerno delo za ženske, se je negovanje opiralo na prepričanje o predpostavljenih naravnih lastnostih žensk in je odsevalo podrejen položaj žensk v družbi. Ideal medicinske sestre je bila ženska, ki se žrtvuje za delo in se ne zmeni za višino plačila in delovne pogoje. (Strachan, 1997: 295)

#### 4.2.2 BABIŠTVO

Negovanje je od nekdaj bilo in je pretežno področje "ženskega dela". *"Najstarejši socialni poklic je brez dvoma b a b i š k i"*. (Vode, 1998a: 151)

Prvi dokumenti babištva kot specializiranega poklica žensk, segajo na nemškem področju v 10. stoletje. Ženske v zgodovini niso bile torej le skrbnice in negovalke temveč prenašalke znanj o zdravilnih sredstvih in različnih postopkih zdravljenja. (Zaviršek, 1994: 138-140) Modre žene v skupnosti so na primer pri pripravi dietne hrane za družino opazile, da določene jedi povzročijo drisko in izzovejo bruhanje, medtem ko ima hranjenje z nekaterimi zelišči, koreninami in listi za telo dober učinek. (Urbančič, 1996: 23-24) V srednjem veku je bilo zdravilstvo v rokah žensk, v revnih gospodinjskih in na ruralnih področjih pa še tudi kasneje, ko so jih iz te dejavnosti izrinili moški (Zaviršek, 1994: 138).

V 14. stoletju se začne boj proti "čarovništvu", ki je trajal od leta 1360 pa vse do sredine 18. stoletja. Zaradi hudega poslabšanja letin v obdobju okoli leta 1300 ter kuge, ki je razsajala v letih 1348 - 1352, je pri cerkvenih oblasteh prišlo do pomanjkanja tako živil kot ljudi oziroma delovne sile. Polja, ki so pripadala posvetnim in cerkvenim posestnikom, so ostajala prazna, neobdelana. Tako je za začetek preganjanja čarovnic odločilen

ekonomski položaj Cerkve. Tendenca oblasti je v smeri produkcije prebivalstva. (po Heinsohn, Steiger, 1993: 17, 104).

“Čarovnice” so bile večinoma modre ženske, ženske, ki so imele znanja s področja ginekologije in porodništva (Drglin, 1997: 70, Heinsohn, Steiger, 1993: 16). V nemškogovorečem prostoru so na primer do konca 14. stoletja babice svobodno opravljale svoj poklic, sredi 15. stoletja pa izdajo predpis, s katerim podredijo babice mestnemu nadzoru in moškimi zdravnikom. Babice iz kvalificiranih samostojnih zdravnic (pristojnost za žensko in otroško zdravilstvo) degradirajo v zdravnikove pomočnice. (Heinsohn, Steiger, 1993: 16, 66, 117)

### **4.3 IZOBRAZBA**

Že Florence Nightingale je zahtevala poklicno izobraževanje in preverjanje znanja za negovalke, in od takrat ni mogel več vsakdo negovati bolnika. Leta 1860 je ustanovila prvo civilno šolo za medicinske sestre z natančno opisanimi kriteriji. (Urbančič, 1996: 24, Pavlič, 1992: 12) Sestrstvo je postalo poklic, ki je omogočalo uveljavitev žensk v družbi. Šole so bile sprva povezane z bolnišnicami, postopoma pa so se začela prizadevanja za univerzitetno raven. (Pavlič, 1992: 12)

Izobraževanje v babiških šolah se šteje kot eden izmed začetkov ženskega strokovnega izobraževanja. (Pavlič, 1992: 14) Pred nastankom babiških šol sredi 18. stoletja so si babice pridobile strokovno izobrazbo z zasebnim praktičnim in teoretičnim poukom pri magistrskih učiteljih babištva ali zdravnikih, ali pa so se tega priučile kot pomočnice babic. (Pavlič, 1992: 14, Toni-Gradišek, 1992a: 21) Ko so se čutile dovolj zmožne, so se javile k izpitu, pri vseh drugih (magistrih - učiteljih porodništva) in zdravnikih, ki so jih izpraševali. Vse tako "izprašane" babice je moral na deželi potrditi deželni urad, v glavnih mestih pa zdravstvena komisija (Toni-Gradišek, 1992a: 21). Ljubljanska in celovška babiška šola sta bili ustanovljeni leta 1753. (Pavlič, 1992: 14, Toni-Gradišek, 1992a: 21) Šola za babice v Ljubljani je delovala brez prekinitve do leta 1981. (Pavlič, 1992: 14)

Po ustanovitvi šole so jemali v uk najraje ženske, ki so same že rodile. Sicer pa so prvi podatki o zahtevani starosti učenk šele iz leta 1818. Najnižja ali najvišja starost ni bila določena, pač pa je bilo zaželeno, da naj bi bila ženska, ki se hoče izsolati za babico, "najboljših let za učenje in ne več kot trideset let stara". Nadaljnji podatki iz leta 1917 povedo, da so morale biti kandidatke za vpis v šolo stare najmanj 24 let, največ pa 40 let. Zakon o strokovnih šolah za pomožno osebje v socialni in zdravstveni službi iz leta 1930 je določal, da babiške gojenke ne smejo biti mlajše od 24 let, zgornje starostne meje pa ni določal. Po drugi svetovni vojni je bila starostna meja za vpis od 18. do 25 leta, starejše ženske so vpisovali le v izjemnih primerih. (Toni-Gradišek, 1992a: 21)

Prva slovenska šolana medicinska sestra je bila Angela Boškin, ki je 30. oktobra 1918 na Dunaju diplomirala kot »usposobljena za poklicno opravljanje socialne skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene

nege«. Kot skrbstvena sestra se je zaposlila 3. februarja 1919 na Jesenicah. Z njeno zaposlitvijo se je na Slovenskem pojavil poklic medicinske sestre. Skrbstvene sestre so se zaposlovale v večjih krajih in delovale na terenu v preventivi. (Zaletel, 2004: 24)

Konec leta 1923 je bila v sklopu »Zavoda za socialno higiensko zaščito dece« ustanovljena Šola za sestre (Zaletel, 2004: 25). Pouk je trajal eno leto, absolventke so prejele naziv otroška zaščitna sestra (Gradišek-Toni, 1992c). Leta 1926 so razširili program in dolžino šolanja sester na dve leti. Šolo so preimenovali v Šolo za dečje zaščitne sestre in dojenjske negovalke pri Zavodu za higiensko zaščito dece v Ljubljani. Leta 1932 je šola uvedla triletni prgram izobraževanja. (Zaletel, 2004: 25)

Po drugi svetovni vojni so se zaradi velikega pomanjkanja medicinskih sester pogoji za sprejem v šolo in tudi trajanje šole nekajkrat spremenili:

- v šolskih letih 1943/44, 1944/45, 1945/46 vpisane kandidatke so končale dvoletno šolanje;
- v šolskem letu 1946/47 vpisane kadnidatke so konačel triletno šolanje, in sicer v Šoli za medicinske sestre v Ljubljani;
- v šolskem letu 1949/50 je bilo šolanje podaljšano na štiri leta (Gradišek-Toni, 1992c).

Danes se učenci/učenke po uspešno končani osnovni šoli vpišejo na srednjo zdravstveno šolo. Šolanje traja štiri leta. Po opravljeni poklicni maturi lahko, zdaj tehniki zdravstvene nege, nadaljujejo izobraževanje v smeri zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani ali Univerze v Mariboru. Na omenjeni visoki šoli se lahko vpišejo tudi vsi tisti, ki so opravili poklicno maturo ali klasično maturo kateregakoli štiriletnega srednješolskega izobraževanja. Le - ti opravljajo še diferencialni program iz osnov zdravstvene nege v obsegu osemdesetih ur (v: Študentom na pot, 2003: 35, 42). Študij na Visoki šoli za zdravstvo traja 3 leta in absolventski staž eno leto.

Visokošolsko izobraževanje za zdravstveno nego obstaja v Združenih državah Amerike že od začetka 20. stoletja, v Veliki Britaniji od konca 50-ih let, v večini drugih evropskih držav pa so ga uvedli šele v 80-ih letih (Pahor, 1998: 6), kjer danes poznajo vsaj dve ravni izobrazbe za medicinske sestre - v Sloveniji temu ustrezata naziva višja medicinska sestra in zdravstveni tehnik (Clift, 1997: 197), danes naziva diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik in tehnik zdravstvene nege.

Višja šola za medicinske sestre je bila v Ljubljani priznana z letom 1954, ko se je šola za medicinske sestre, ki je z letom 1951/52 začela sprejemati kandidatke s popolno srednjo šolo ali z ustrezno strokovno šolo in je trajala dve in v naslednjem letu 3 leta, preimenovala v višjo šolo. (Toni-Gradišek, 1992c: 60-61, Zaletel, 2004: 25-26)

Dolžina in obseg študija sta se spreminjala; študij zdravstvene nege je najprej trajal šest semstrov, nato pet, potem štiri, zatem zopet pet in sedaj ponovno šest semestrov. (Lubej, 2004: 11) V Sloveniji je po novem triletnem programu, pred registracijo potrebno opraviti še 9-mesečno prakso pod nadzorom mentorja (Clift, 1997: 198).

Vsi dosedanja programi v Sloveniji so bili višješolski ali visokostrokovni študijski programi, ki ne omogočajo neposrednega nadaljevanja študija na podiplomski stopnji (Lubej, 2004: 11) Je pa šola od leta 1970 dalje organizirala tudi podiplomsko izobraževanje. Prva specializacija z dvosemestralnim programom je bila izvedena leta 1986, in sicer s področja psihiatrične zdravstvene nege. Sledile so ji oftalmološka zdravstvena nega, ginekološko-porodniška in patronažna zdravstvena nega. Dobili so naziv višja medicinska sestra specialista(ka) ustreznega strokovnega področja. (Zaletel, 2004: 29)

Prvi univerzitetni program, ki še vedno poteka, so vpeljali leta 1960 na Škotskem na Univerzi v Edinburghu. V letih, ki so sledila, so bili ustanovljeni programi v Skandinaviji in deželah Beneluksa, v Grčiji, Turčiji in Izraelu (Clift, 1997: 198). V Sloveniji univerzitetnega programa zdravstvene nege na fakultetni ravni, nimamo. Leta 1993/94 je Visoka šola za zdravstvo skupaj s Pedagoško fakulteto prvič razpisala program Zdravstvena vzgoja, na katerega so se lahko vpisali/-e diplomanti/-ke Visoke šole za zdravstvo, smeri Zdravstvena nega in ki je predstavljal pridobitev fakultetne izobrazbe, kot nadgradnje obstoječi izobrazbi. Program so leta 1996 ukinili (Kvas, 2001: 86).

M. Clift (1997: 198) meni, da ker je zdravstvena nega predvsem žensko delo, so politiki in zdravniki marsikje mnenja, da zanj povsem zadostuje nizka stopnja izobrazbe. Morda je to eden izmed razlogov, da je bil program Zdravstvene vzgoje, ki je izobraževal medicinske sestre tudi v smeri raziskovalne dejavnosti in profesionalizacije zdravstvene nege, ukinjen. Ali pa bi morda (preveč) izobražene medicinske sestre porušile tradicionalno hierarhijo zdravnik-medicinska sestra? Vprašani sta gotovo vredni obravnave in ju puščam odprti za nadaljnje raziskovanje.

#### **4.4 DELO IN POLOŽAJ MEDICINSKIH SESTER NA DELOVNEM MESTU**

Filej B. (1997: 99) v svoji raziskavi *Razkorak med znanjem medicinskih sester in njegovo uporabo v praksi*, navaja podatke, iz katerih sklepa na manjšo možnost napredovanja medicinskih sester na njihovem delovnem mestu. Anketirani(e) so mnenja, da so za izvajanje samostojne zdravstvene nege bolj usposobljeni(e) kot pa za izvajanje diagnostično terapevtskega programa. Kljub temu pa večina anketiranih porabi več časa za izvajanje diagnostično terapevtskega programa, ki poteka **po naročilu zdravnika**, kot pa za samostojno zdravstveno nego.



Medicinske sestre svojo razširjeno vlogo pri delu vidijo v širitvi njihove obveznosti dela na področje opravljanja tehničnih storitev. Napredovanje in razvoj jim pomenita izpopolnjevanje svojih tehničnih spretnosti, na primer: uvajanje venskih kanalov, kateterizacija ipd. To potrjuje domneve, da medicinske sestre definirajo svoje delo z opravljenem tehničnih storitev. (Scott, 1996: 56) Medicinska sestra svojo vlogo in poklicno identiteto gradi na aktivnostih, za katere ni v celoti kompetentna, pri katerih je njena vloga pogosto pomožna, ne pa vodilna, zanemarija pa področja, za katera je usposobljena kot strokovnjakinja in vodilna. S tem odnosom je resno ogrožena prihodnost in razvoj poklica medicinske sestre v smeri profesije in samostojnosti (po Scott, 1996: 56). Zdravstvena nega se izvaja glede na številne kriterije učinkovitosti, ki so v osnovi zasnovani tako, da merijo tehnični učinek oziroma viden, merljiv rezultat dela. (Gastmasn, 1999: 220) *Npr. vstavljen urinski kateter, nastavljena infuzija, izmerjena telesna temperatura,...*

Medicinska sestra je odgovorna za dela, ki jih predpisuje delovno mesto in katera se tudi ocenjujejo. Vendar pa medicinske sestre ne smemo videti le v njeni ozki profesionalni funkciji. Nasprotno, celostna oskrba pacienta/-ke pomeni za medicinsko sestro, kot moralno osebo, upoštevanje pacienta kot subjekta v procesu zdravstvene nege; vključevanje občutkov in pomena, ki ga ima določeno opravljeno delo, za vsakega posameznega pacienta/-ko. (po Gastmans, 1999: 220)

Nizko vrednotenje dela: vzdrževanje in pomoč pacientu/ki pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb, kar je osnova poklicnega dela medicinske sestre, ima tudi daljnosežne posledice. P.A. Scott (v Ethic Education and nursing practice, 1996: 56) navaja, da bodo na Škotskem bolnišnice pod pritiskom zmanjševanja stroškov zmanjšale število delovnih ur mlajših, neizkušenih zdravnikov/zdravnic, saj bo cenejše, da bodo delo, ki je bilo do sedaj v rokah zdravnikov/zdravnic, prepustiti medicinskim sestram.

#### 4.4.1 DOKUMENTIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Delo je najlažje vrednotiti, kadar je rezultat dela viden in merljiv ter podprt še z ustrežno dokumentacijo, kdo in kdaj je delo opravil.

Pri izvajanju medicinsko - tehničnih posegov tehnik zdravstvene nege, medicinska sestra vedno zabeleži opravljeno delo, storitev; (npr. razdeljena terapija, izmerjen krvni pritisk,...itd.). Pri izvajanju zdravstvene nege, pomoč bolnemu ali zdravemu pri izvajanju življenjskih aktivnosti, pa se delo redko beleži. Npr. da je medicinska sestra opravila pogovor s pacientom, ki ga je bilo strah pred operacijo, da je umila pacientko, jo nahranila. To so storitve, ki imajo za pacienta/pacientko veliko vrednost, a zabeležena niso nikjer, kot da ne bi bila opravljena.

Delo z vidnim in zabeleženim rezultatom ali z oznako, da je bilo delo opravljeno, dviguje pomembnost samemu delu. *Npr. čistilec/čistilka sanitarij v velikem nakupovalnem središču, se po opravljenem delu podpiše na list, ki dokazuje, da opravila pregled čistoče in počistila sanitarije. Medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege, ki zjutraj uredi posteljo in umije pacienta/-ko, svojega dela ne zabeleži nikjer.*

Dokumentacija o opravljenem delu dokazuje le, da je bilo delo opravljeno, temveč tudi ščiti (ali izdaja) zdravstvenega delavca/delavko v primeru nepredvidenih (ali predvidenih) zapletov zdravstvenega stanja pacienta/-ke. *Npr. Pacientka pred napovedano operacijo že v operacijski sobi povsem po naključju vprašajo, če je zjutraj kaj zaužil (pacientka 6-8 ur pred operacijo ne sme jesti niti piti). Pacientka pove, da je spila "samo" pomarančni sok. Operacijo je potrebno preložiti, kljub temu, da je vse že pripravljeno: prostor, ekipa zdravstvenega osebja, planirani čas,... Kdo je odgovoren? Medicinska sestra na oddelku, ki pacientki ni posredovala informacije o predoperativni pripravi, kaj pomeni biti tešč ali pacientka, ki informacij ni upoštevala? V tem primeru bi dokumentacija o opravljenem pogovoru in preverjanju razumevanja informacij predoperativne priprave zaščitila medicinsko sestro pred obtožbami o malomarnem opravljanju dela.*

Dokumentiranje del medicinske sestre in zdravstvenega tehnika je namenjeno zagotavljanju sistematične in kontinuirane zdravstvene nege in osnovnih standardov in zahtev stroke ter ustvarjanju legalnih dokumentov, ki pričajo o izvedenih delih. (Peric, 1995: 167)

H.K. Peric (1995: 169) je zapisala: "Dokumentiranje diagnostično - terapevtskega programa je skorajda edino dokumentiranje, ki ga kolikor toliko<sup>16</sup> dosledno izvajamo. Razlogov za to je več - pobudnik tega programa je zdravnik, izvajanje tega programa pa imamo pogosto za najpomembnejše sestrsko opravilo, in tudi zato, ker se ob nepravilnem izvajanju le-tega najbolj očitno in konkretno pojavijo posledice."

Z uvajanjem procesa zdravstvene nege<sup>17</sup> se je dokumentaciji skoraj nemogoče izogniti. Vsaka faza v procesu namreč zahteva dokumentacijo. V psihiatrični bolnišnici (Center za klinično psihiatrijo) v Ljubljani, se je proces zdravstvene nege začel uveljavljati okoli leta 1987. V tem času se je spreminjala tudi spremljajoča sestrška dokumentacija. (po Rumež - Bizjak, 1995: 179)

Dijakinje/dijaki srednjih zdravstvenih šol in študentke/študenti Visoke šola za zdravstvo v Ljubljani in Mariboru, se v teku šolanja učijo beležiti in vrednotiti svoje delo. V ta namen uporabljajo posameznim oddelkom in

<sup>16</sup> H.K. Peric (1995: 169) v naslednjem stavku pojasnjuje, da je tudi dokumentiranje omenjenega programa nepopolno, saj je omejeno le na kljukico na temperaturnem listu, ne pa tudi kdo in kdaj je delo opravil.

<sup>17</sup> Proces zdravstvene nege je način dela, ki omogoča sistematično izvajanje zdravstvene nege. Poteka v štirih fazah; ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, načrtovanje dela, izvajanje in vrednotenje dela - zdravstvene nege.

zdravstvenim ustanovam prilagojeno dokumentacijo, ki jo največkrat oblikujejo kar mentorice - višje ali visoke medicinske sestre, zaposlene na šoli.

Tehniki zdravstvene nege in visoke medicinske sestre torej znajo uporabljati negovalno dokumentacijo. Poraja pa se vprašanje, ali se kot dijakinje/dijaki, študentke/študenti zavedajo globine pomena dokumentacije ali jim le-ta predstavlja le "pisni izdelek za pridobitev ocene".

Vsekakor danes negovalna dokumentacija ne bi smela biti več "dodatno breme", izguba časa temveč potrditev, dodaten dokaz o opravljenem in osnova za vrednotenje dela. Z negovalno dokumentacijo bi se medicinske sestre lahko "dokazale" s svojim delom in ne le z delom po naročilu zdravnika.

#### **4.4.2 EKONOMSKI POLOŽAJ**

V Avstraliji je v drugi polovici 19. stoletja negovanje postalo poklic primeren za ženske z nekaj izobrazbe. Kot "primerno za delo ženske" se je negovanje opiralo na prepričanje o predpostavljenih naravnih vrlinah ženske in je odsevalo podrejen položaj ženske v družbi. Idealna medicinska sestra je ženska, ki se žrtvuje za delo in se ne zmeni za višino plačila ali pogoje, v katerih dela. Plačilo za delo je delo samo! Ta pogled precej dobro nakazuje moč ideologije "požrtvovalnosti" medicinskih sester, ki ima zelo močan komercialni učinek pri urejanju delovnega časa in plačila medicinskih sester. (Strachan, 1997: 295-296)

Podobno kot v Avstraliji je položaj medicinskih sester v drugih delih sveta. Kljub naraščajoči profesionalizaciji zdravstvene nege, je to še vedno ženski poklic, altruizem in podrejenost kot "zahtevani" lastnosti pa kažeta na tradicionalen položaj ženske v družbi (French, Watters&Matthews, 1994: 140).

V Sloveniji so že več kot dvajset let plače medicinskih sester nižje kot pri delavcih z isto stopnjo izobrazbe v gospodarskih družbah in marsikje v negospodarstvu (Zaletel, 1997: 105). Ekonomska moč medicinskih sester je v primerjavi z zdravniki šibkejša, imajo nižjo izobrazbo, so manj samozavestne in zahtevne pri uveljavljanju svojih zahtev (Strachan, 1997: 298, Zaletel, 1997: 105). Hromi jih tudi velika solidarnost z zdravniki, ki je mnogokrat enostranska in je posledica tradicionalne podrejenosti, ki izhaja iz hierarhičnega odnosa. (Zaletel, 1997: 105)

**Tabela 3.5.2. 2: Povprečne mesečne bruto plače na zaposleno osebo\* po stopnjah strokovne usposobljenosti Slovenija, 2002: zaposleni v zdravstvu**

	Skupaj	MOŠKI	ŽENSKE	RELATIVNI ZAOSTANEK PLAČE ŽENSKE V PRIMERJAVI S PLAČO MOŠKEGA
Visoka strokovna usposobljenost	568.756	694.509	505.268	72.8%
doktorji in doktorice	750.217	738.648	697.193	94.4%
magistri in magistre	706.059	735.348	663.434	90.2%
Višja strokovna usposobljenost	326.332	393.041	316.389	80.5%
Srednja strokovna usposobljenost	245.713	265.119	242.803	91.6%
Nižja strokovna usposobljenost	191.634	208.468	186.380	89.4%

Vir: Statistične informacije, ZAP/L, letna raziskava, Statistični urad Republike Slovenije, Statistični letopis Republike Slovenije 2004: 253, 255.

\* Enote opazovanja so bile družbe, podjetja in organizacije oziroma njihove poslovne in druge enote v sestavi na območju Republike Slovenije, ki so bile izbrane s pomočjo vzorca.

#### **4.5 HIERARHIJA V ZDRAVSTVU - PODREJENOST MEDICINSKIH SESTER**

Odnos zdravnik - medicinska sestra je dobro poznan kot tradicionalen in trajen vzorec dominantnosti zdravnika in podrejenosti medicinske sestre (Ryan, McKenna, 1994: 114).

Gamarnikow (po Abbott, Wallace, 1993: 94) opozarja, da je že po modelu medicinske sestre, ki ga je zahtevala in opisala F. Nightingale, medicinska sestra tista, ki skrbi za fizično in emocionalno okolje pacienta/-ke, zdravnik pa določa, kaj je resnično pomembno delo pri pacientu/-ki in kdaj naj bo opravljeno. Tako je dobra medicinska sestra kot dobra mati: skrbi za negovanje pacienta/-ke kot mati, ki neguje svojo družino.

F. Nightingale je od medicinskih sester zahtevala pokornost zdravniku. Med pomembnimi in zahtevanimi lastnostmi medicinske sestre so bile: potrpežljivost, nesebičnost, predanost in poslušnost. Tradicionalna podoba medicinske sestre je, da zdravniku nudi pomoč in asistenco, vsekakor pa ni njegova »sodelavka«. Podobnosti med tradicionalno podobo medicinske sestre in viktorijansko podobo družine ne gre spregledati: oče – zdravnik je odgovoren za blagostanje družine, odločanje je v njegovih rokah, pri tem pa od matere – medicinske sestre pričakuje privolitev, podporo in pomoč. (Miles, 1991: 129)

Mnogi avtorji se strinjajo, da so medsebojni odnosi v zdravstvu ogledalo stereotipne meščanske družine, kjer ima oče vlogo tistega, ki odloča, medtem ko je vloga matere pasivna: sprejemanje očetovih odločitev, uresničevanje le-teh in izpolnjevanje njihovih želja. Otrok ima še posebej podrejeno vlogo: njegove pravice so omejene. Zanj skrbi mati, njegove potrebe se preko matere posredujejo očetu in obratno, dnevne zadolžitve mu preko matere določa oče. Podobno se odvija v bolnišnici, medicinska sestra poroča zdravniku, kaj se je dogajalo v času njegove odsotnosti. Zdravnik po pregledu pacienta poroča in naroča medicinski sestri nadaljnja opravila. In prav tako kot narekuje družinska analogija, velja tudi za medicinsko sestro in zdravnika, ki morata v imenu dobrega ugleda organizacije, nastopati in držati skupaj. (Miles, 1992: 130)

Zagotavljanje zdravstvene nege: opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti ali pomoč pri opravljanju le-teh je z vidika hierarhije v zdravstvu in avtonomije na precej nizkem nivoju. Medicinske sestre zelo pogosto delujejo po naročilu drugih in to ne medicinskih sester, kar zmanjšuje možnost odločanja. Pri opravljanju zdravstvene nege, poslušnost še vedno prevladuje nad samostojnostjo. (Gastmans, 1998: 237) Obseg samostojnega opravljanja dela ter sodelovanja in delovanja po naročilu zdravnika/-ce, je odvisno od zdravstvene ustanove in oddelkov v zdravstveni ustanovi. *Npr. Medicinska sestra v operacijski dvorani ima gotovo več nalog s področja medicinsko tehničnih posegov, medtem, ko je na psihiatričnem oddelku<sup>18</sup> ali v domovih za ostarele, večji del dela medicinske sestre pomoč pacientu/-ki, varovancu/-ki pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti.*

Kljub priznani samostojnosti pri opravljanju zdravstvene nege kot področja dela medicinske sestre je hierarhija na delovnem mestu - podrejenost medicinske sestre zdravniku, eden izmed ostankov tradicionalnega in trajnega vzorca podrejenosti ženskega spola moškemu. Tradicionalna vloga medicinske sestre je torej "pomočnica zdravniku". Možnost spremembe te pripisane vloge vidijo mnogi v profesionalizaciji zdravstvene nege (Taylor, 1997: 443), toda v resničnem življenju bo stroka medicine še vedno pojem elite (Harrison *et al.* 1990, cit po Taylor, 1997: 444).

Ko govorim o hierarhiji na delovnem mestu, bi rada poudarila, da ima hierarhija na delovnem mestu kot ena izmed oblik organizacije dela svoje prednosti in slabosti. Hierarhija v zdravstvu temelji na različni strokovni usposobljenosti zdravstvenih delavcev in predpostavlja njihovo usklajeno sodelovanje na osnovi nadzora in odgovornosti (Pahor, 1989: 44). Vendar so raziskovalci značilnosti hierarhije ugotovili, da se v hierarhični organizaciji kažejo pomembne razlike med delavci na različnih nivojih, kar ima za posledico različno angažiranost in odnos do dela, v končni fazi pa tudi slabše rezultate dela (po Pahor, 1989: 44). Zato v hierarhične organizacije zlasti v razvitem svetu začenjajo uvajati participacijo; sodelovanje delavcev pri odločanju temelji v egalitarnem vrednotnem sistemu, ki je kot vrednota prisoten v večini sedanjih družb in/ali v organizacijskem učinku

---

<sup>18</sup> Psihiatrična zdravstvena nega je predvsem proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka, MS in bolnika/-co oziroma varovanca/-ko, njun odnos, sodelovanje in interakcije (Škerbinek, 1998: 182)

participacije, ki poveča učinkovitost delavcev pri delu (Pahor, 1989: 44). Hierarhična organizacija (s svojimi prednostmi) se praviloma obnese pri nemotiviranih delavcih z nizko kvalifikacijsko in izobrazbeno strukturo (po Pahor, 1989: 55).

Negovanje<sup>19</sup> je popolnoma podrejeno uspešnosti tehničnega znanja in spretnosti. In v tem tehnološkem modelu je zdravstvena nega posrednik med človekom in tehnologijo. Npr. medicinska sestra precejšen del delovnega časa porabi za prevajanje medicinsko tehničnih informacij v vsakdanji (razumljiv) jezik. In ker tehnične možnosti zbujejo prevelike upe, se pojavi tendenca zniževanja edinstvene vrednosti, ki jo nudi negovanje (Gastmans, 1998: 238) ter dvigovanje vrednosti dejavnosti, v kateri je medicinska sestra (le) pomočnica zdravniku/-ci.

Hierarhija v zdravstvenih ustanovah je opazna iz različnih vidikov (navajam le nekaj tipičnih):

- razlika v nazivanju med medicinskimi sestrami in zdravniki; v nazivu medicinske sestre se uporablja osebno ime: *sestra Tanja, sestra Ana*, v nazivu zdravnika pa priimek: *doktor Novak,...* (Pahor, 1988: 34)
- pogost je tudi enostransko označen medsebojni odnos s tikanjem ali vikanjem, ki nakazuje podrejenost medicinskih sester (Pahor, 1988: 34)
- nespoštovanje dela medicinske sestre, primer (Urbančič, 1998: 165):

*V sobi je veliko otrok, vsi jokajo. Medicinska sestra hiti kolikor more, vsakega previje in nato nahrani. V sobo vstopi zdravnik, pozdravi in stopi k otroku, ki je pravkar s težavo pojedel obrok. "Tega bom pogledal", reče zdravnik in spusti ograjico posteljice. Ne vpraša po sedanjem počutju otroka ali po tem, če je že bil nahranjen. Medicinska sestra hitro vstane, prekine s hranjenjem "svojega" otroka, ga zapre v posteljico in uslužno pripravi izbranega otroka za pregled: ga predrami, sleče, obrne in nazaj obleče. Otrok med obračanjem bruha. Medicinska sestra ga uredi in hiti nazaj k hranjenju prejšnjega otroka. Zdravnik vpiše ugotovitve pregleda in brez navodil zapusti sobo.*

- imena zdravnikov/zdravnic so izpisana na vratih ordinacij, na hodnikih ob bolniških sobah etc., imena medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege (z izjemo glavnih medicinskih sester ali vodij oddelkov) so zapisana poredkoma<sup>20</sup>.

Medicinske sestre se dobro zavedajo hierarhičnega odnosa, za katerega menijo da je zastarel, ponižujoč in da ne bi smel obstajati (po Zaletel, 1997: 109). Po raziskavi Ryan&McKenna (1994) ena tretjina vprašanih študentov/šudentk zdravstvene nege meni, da so medicinske sestre deloma same odgovorne, ker so sprejele pripisano vlogo. Kalisch&Kalisch (1986) (cit. po Ryan, McKenna, 1994: 121) potrjujeta, da stereotipna predstava medicinske sestre kot pomočnice zdravniku vpliva in oblikuje predstavo ne samo uporabnikom zdravstvenih storitev, temveč vpliva tudi na predstavo, ki jo imajo medicinske sestre o sebi.

<sup>19</sup> v smislu izvajanja zdravstvene nege

<sup>20</sup> V nekaterih zdravstvenih ustanovah nosijo medicinske sestre na uniformi priponke z imenom in priimkom.

## 4.6 ALTRUIZEM MEDICINSKIH SESTER

Obsežna študija v ZDA "Kaj študente motivira za izbor študija zdravstvene nege?" kaže, da so najpogostejši razlogi za odločitev: želja pomagati, čustvene potrebe, možnost za zaposlitev,...(cit. po Pahor, 1998: 17).

Osnovo poklicu medicinske sestre predstavlja altruistično vedenje. Poklic medicinske sestre ima tako naravo, da je zahteva po emocionalnih sposobnostih izražena, ne pa tudi vrednotena. Pri tem ni naključje, da poklic medicinske sestre opravljajo večinoma ženske. Po eni strani jih v ta poklic »vleče« njihova vloga podrejene osebe, ki v javnosti prevladuje in tudi določa njihov nižji položaj; po drugi strani pa je samo opravljanje tega poklica dejavnik samoobnavljanja tega položaja. Lastnosti, ki se zahtevajo za opravljanje poklica medicinske sestre, so pravzaprav lastnosti, ki medicinsko sestro (žensko) potiskajo v podrejenost, manjvrednost.

V družbi prevladuje prepričanje, da poklic medicinske sestre že po naravi vsebuje altruistične nagibe in je za mnoge privlačen zaradi želje po pomoči in negi bolnih (Gormley, 1996: 584). Tudi večina literature in medicinske sestre same ocenjujejo, da delo temelji na altruističnih vrednotah, prepoznavanju potreb drugih in zadovoljevanju le-teh pred upoštevanjem in zadovoljevanjem lastnih potreb.

Razlaga, da je skrb kot preprosto altruistično dejanje, ki naj bi izhajalo iz ljubezni do drugega kot naravne lastnosti ženske, je daleč od resnice. V to sfero žensko potiskajo spolni stereotipi, ki jo postavljajo v vlogo skrbnice, gospodinje, ki skrbi za drugega, ker "mora", "zaradi dolžnosti", ker "ni nikoli razmišljala drugače". (po Abbott, Wallace, 1993: 94) Pri raziskovanju podobe idealne medicinske sestre so ugotovili ponavljajočo se značilnost - pripisovanje naravnih ženskih ali materinskih lastnosti. (Strachan, 1997: 295)

Angela Vode (v Spol in Upor, 1998), je pri opisovanju družbenega položaja žensk na Slovenskem med obema svetovnima vojnama, zapisala; *"...poklicno udejstvovanje v današnjih okoliščinah je le relativne vrednosti glede na ženino notranje in osebno življenje. Resnična vrednost tega dela obstoja le za one žene, ki izvršujejo tak poklic, ki ustreza ženski duševnosti, kakor se je razvila do danes in v današnjih okoliščinah. Poklici v katerih najde žena zadovoljstvo, so predvsem oni, katerih značaj zahteva udejstvovanje vseh duševnih sil, ki prevladujejo v ženski naravi. To so sile, ki jih izžareva najprirodnejši in najprvotnejši čut v ženi: materinski čut."*

Za Florence Nightingale je bil glavni namen izobraževanja medicinskih sester razvijanje osebnosti, samodiscipline in čustvenega razumevanja. Privzganje moralnih vrednot je bilo pomembnejše od akademske izobrazbe - njen priljubljeni stavek je bil *"Ne moreš postati dobra sestra, če nisi dobra ženska."* (Sellman, 1997: 3, Nortvedt, 1998: 387).

M.S. Fagermoen (1997: 434), skuša odgovoriti na vprašanje: "Kakšne vrednote mora imeti profesionalna medicinska sestra?". Analiza odgovorov medicinskih sester o vrednotah, za katere menijo, da jih mora imeti vsaka medicinska sestra, je pokazala, da sta najpogostejši moralni vrednoti **spoštovanje človekovega dostojanstva** in **altruizem**, poleg teh dveh pa še: zaupanje, avtonomija, integriteta, zasebnost in nudenje varnosti. Najpomembnejši delovni vrednoti sta intelektualna in osebna motivacija. *"Altruizem - moralna orientacija zdravstvene nege - predstavlja filozofijo njihovega dela, spoštovanje človeka pa je "srce" te filozofije."* (Fagermoen, 1997: 434)

Od medicinskih sester se zahteva, da se vedejo po določenih pravilih in da imajo zahtevane lastnosti (Sellman, 1997: 3). M. Zaletel (1997: 106) je v svojem članku zapisala: "Prepričana sem, da se medicinske sestre zavedajo svojega osnovnega poslanstva, ki je v tem, da nesebično pomagajo ljudem v stiski".

Patricia Benner, ameriška teoretičarka s področja zdravstvene nege, navaja seznam sposobnosti, vključno s tehničnimi in ne-tehničnimi spretnostmi, ki jih mora imeti medicinska sestra. Zahtevane tehnične spretnosti so naslednje:

- opazovanje pacienta/-ke in diagnosticiranje<sup>21</sup>,
- učinkovito ravnanje v nujnih situacijah, v primeru hitro spreminjajočega se stanja pacientovega zdravja,
- zapisovanje in spremljanje postopkov zdravljenja,
- spremljanje in zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in organizacijske sposobnosti. (po Gastmans, 1999. 215)

Za izvajanje naštetih negovalnih intervencij je nedvomno potrebno znanje in tehnično dovršene spretnosti. Naslednji dve dejavnosti, zagotavljanje pomoči in učenje ter vodenje pacienta/-ke, pa zahtevata več kot le tehnični pristop. Med drugim so potrebni:

- zagotavljanje udobja in spoštovanje človeka v času prestajanja bolečin in hudih zdravstvenih težav,
- preprosto biti ob/s pacientom/-ko,
- poskrbeti za udobje pri komunikaciji z dotikom,
- vodenje pacientov/-k in pomoč pri soočanju z boleznimi ter
- spodbujanje pacientov/-k izražanju strahu, skrbi, z namenom večjega razumevanja samega sebe v stanju bolezni. (po Gastmans, 1999: 215)

---

<sup>21</sup> diagnosticiranje v smislu ugotavljanja negovalnih problemov, problemov, ki jih z zagotavljanjem zdravstvene nege lahko omilimo ali celo odpravimo.



Vse naštetе aktivnosti so osnova za ustvarjanje zaupnega odnosa med pacientom/-ko in medicinsko sestro, ki je nujno potreben za izvajanje kakovostne zdravstvene nege. Za vzpostavljanje dobrih medsebojnih odnosov pacient/-ka - medicinska sestra pa so potrebne tudi tehnične spretnosti. Vsaka tehnična dejavnost mora biti izvedena profesionalno. (po Gastmans, 1999: 215)

Zdravstvene nege kot pomembne dejavnosti z vidika moralnosti ne moremo definirati zgolj z intelektualnimi ali tehničnimi sposobnostmi. Prav tako učinkovitost in produktivnost ne moreta biti edina standarda za merjenje vrednosti zdravstvene nege. Medicinske sestre ne razvijajo svoje vlog zgolj z nalogami, ki jih opravljajo, temveč tudi z načinom izvajanja zdravstvene nege. (Gastmans, 1999: 215)

*Postiljanje postelje lahko izvedemo na več načinov. Stopimo v sobo, pristopimo k postelji, pacient/ko prosimo, naj sede za mizo. Med urejanjem postelje se pogovarjamo s sodelavko o preteklem dopustu. Ali: stopimo v sobo, pozdravimo pacientke in jih povprašamo po počutju, prespani noči. Pristopimo k postelji, ogovorimo pacientko, jo prosimo da se usede za mizo in med urejanjem postelje s pacientko spregovorimo kakšno besedo.*

Biti "dobra medicinska sestra" zahteva več kot le tehnično usposobljenost; zahteva tudi notranje razumevanje osnovnih ali temeljnih potreb bolne osebe (Nortvedt, 1998: 385).

P.A. Scott (1996: 59) navaja, da narava dela medicinskih sester pogosto zahteva, da v skrbi za pacienta/-ko, pogosto presežejo svoje delovne obveznosti, ne da bi bile za delo tako ali drugače nagrajene.

*Primer: Medicinska sestra na zasedenem kirurškem oddelku je zaključila svoje delo ob 17.30. Pri predaji službe ne pozabi omeniti, da na sprejem čakata še dva pacienta. S tem, ko je predala poročilo in prijazno povabila pacienta naj sedeta in počakata na sprejem, je medicinska sestra opravila svoje delo in ni ničesar, kar bi ji lahko očitali kot nestrokovno ali celo nepopolno opravljeno delo. Medicinska sestra natančno ve, kaj pomeni, prezasedenost na oddelku in majhno število medicinskih sester v popoldanski izmeni in tako se ji zdi pomembno, da podaljša svoj delovni čas in opravi sprejem obeh pacientov. (Scott, 1996: 59)*

Primer več kot očitno nakazuje usmerjenost v potrebe drugega (obeh pacientov/pacient ki jima ne bo potrebno čakati ali preobremenjenih sodelavk/sodelavcev) saj za dodatno delo ne bo prejela dodatnega plačila.

Moralna naravnost je osnova negovalnega dela. Kakovost dela namreč temelji na odnosu med medicinsko sestro in pacientom/-ko. Čim bližje je medicinska sestra pacientu/-ki v tem odnosu, tem bolj jo pacientova/-kina situacija "zavezuje" da mu/ji nudi pomoč, oskrbo. (po Gastmans, 1999: 216). Po Tronto J. (v Gastmans, 1999: 216) sta pomembni sposobnosti za graditev medsebojnega odnosa odkritost medicinske sestre in dovzetnost:

medicinska sestra mora prestopiti iz zanimanja zase in se vživeti v življenjsko situacijo drugega. Če pa želimo razumeti življenjsko situacijo nekoga drugega moramo zapustiti svoj referenčni okvir. To pa ni samo naučena sposobnost. Zgolj zbiranje informacij o pacientu/-ki še ne pomeni vživetja v njegovo/njeno življenjsko situacijo, pač pa sta potrebni še komunikacija in interpretacija dobljenih informacij. (Gastmans, 1999: 216)

Hoffman ( v Nortvedt, 1998: 387) definira vživljanje v drugega, ta spontan odgovor na težave drugega, kot empatijo. Nadaljuje, da neločljivo od čustvenega odgovora na težave drugega, nastopa emocionalna občutljivost, ki vključuje tudi kognitivno komponento, to je - v danih okoliščinah - prepoznavanje pacientove/pacientkine trenutnega stanja in doživljanja bolezni. Prepoznati bolečino nekoga kot trpljenje ali zaznati žalost v očeh, vključuje sposobnost interpretacije neprijetnih občutkov in bolečine kot agonije, kot krute realnosti, v kateri se je znašla tista oseba.

Iskanje rešitev za pacientove/pacientkine negovalne probleme leži v ravnovesju med intelektualnim, abstraktnim pristopom in čustvenim, konkretnim pristopom k problemom. Intelektualni pristop jim omogoča odkriti in analizirati negovalne probleme, čustveni pristop pa razumeti problem v kontekstu pacientove/pacientkine življenjske situacije. Sposobnosti, ki jih medicinska sestra pri tem potrebuje, so: empatija, sposobnost prepoznavanja negovalnih problemov v posamezni situaciji in sposobnost identifikacije najboljše rešitve. Če pri prepoznavanju negovalnih problemov upoštevamo le intelektualni pristop, tvegamo, da se usmerimo zgolj na problem ali situacijo, ne pa na to, kaj predstavlja problem, situacija za določenega pacienta/-ko. (Gastmans, 1999: 216-217).

*Po sprejemu v bolnišnico se pri dveh pacientkah pojavi negovalni problem: molčečnost in nesodelovanje pri procesu zdravljenja.*

*Molčečnost pacientke in nesodelovanje pri procesu zdravljenja lahko izvirata iz strahu, ki je posledica nepoznavanja lastne bolezni, preteklih slabih izkušenj z bivanjem v bolnišnici, pred morebitnimi novimi zapleti bolezni itd. Pri materi z dvema majhnima otrokoma, pa isti problem, molčečnost in nesodelovanje pri procesu zdravljenja, izvira iz skrbi, kako bo z otrokoma med njeno odsotnostjo od doma.. Pogovor o bolezni, postopkih v bolnišnici, ..., ki bi bila primerna pomoč za prvo pacientko, v drugem primeru ne bi bila primerna, saj se ne bi približala vzroku problema.*

Negovalni odnos se razvija in raste znotraj družbenega, kulturnega, političnega in religioznega okolja. Še posebej močan vpliv na izvajanje zdravstvene nege imata družbeno in delovno okolje. Na medicinske sestre vplivajo vrednote, ki jih družbeno okolje pripisuje negovanju. Za Belgijo, konec 20. stoletja, je Chris Gastmans (1999: 221) mnenja, da negovanje v družbenem in političnem okolju velja za vrednoto, vendar pa tega ne bi mogli reči za posameznikovo predstavo o negovanju. Pri posameznikih naraščata egoizem in individualizem, ki slabita medsebojne odnose. Vse do sedaj tudi politične usmeritve niso uspele zaustaviti naraščajoče dogme o

individualni avtonomiji in jo preobrniti v bolj socialno usmerjenega posameznika, ki bi mu bile solidarnost, skrb za drugega in nudenje pomoči, primarne vrednote. (po Gastmans, 1999. 220-221)

Na institucionalnem nivoju se medicinske sestre srečujejo z napetostjo, ki nastaja med vlogo uslužbenke v zdravstveni organizaciji, kjer poslovna usmerjenost zavzema vse večjo vlogo, in njihovo usmerjenostjo v pacienta/-ko, ki zahteva določeno stopnjo humanosti in pristnosti. Na primer: nereden delovni čas, pomanjkanje osebja, naporno delo in delo ob vikendih predstavljajo velik pritisk na medicinsko sestro in večajo občutek osebnega neuspeha. Takšno delovno okolje predstavlja oviro v negovalnem procesu. (po Gastmans, 1999: 221)

Pa vendar medicinska sestra negovalnega odnosa s pacientom/-ko ne razvija zaradi zahtevanih teoretičnih predpisov o delu medicinske sestre. Pomen, ki ga medicinska sestra pripisuje dobremu opravljanju dela (zdravstveni negi), je odvisen od prepričanj in izkušenj tako znotraj kot tudi zunaj profesionalnega odnosa. Negovanje kot vrednota postane del njene osebne identitete. Odnos do negovanja, skrbi za druge, je del njenega življenjskega stila. Izobraževanje medicinskih sester kot oseb, ki skrbijo za druge, torej ni omejeno zgolj na posredovanje teoretičnega znanja. (Gastmans, 1999: 221)

#### 4.6.1 Emocionalno delo

Razmah storitvene dejavnosti v postindustrijskih družbah zahteva tudi novo obliko dela in tako se uveljavi pojem "čustveno delo" (emotional work). Čustveno delo pomeni ustvarjanje in vzdrževanje primernih odnosov, razpoloženj in čustev do strank oz. klientov. (po Šadl, 1999: 212) Posebna potreba po čustvenem delu se kaže v storitvenih poklicih zatorej tudi v skrbstvenih.

Družba v globalu vidi negovanje ljudi kot delo, ki vsebuje pozitivna čustva (James, Gabe, 1996: 115). Čustveno delo na področju negovanja je delo, ki omogoča vzpostaviti določen odnos in obravnavo oskrbovancev/oskrbovank kot individuumov ter tako omogoča različne načine pristopa glede na različne potrebe posameznika/ce. Mnogi avtorji predstavljajo čustveno delo kot v glavnem sposobnost žensk (Treweek, 115, 1996), ki postane »blago«, ki se prodaja in kupuje v sferi javnosti. Kljub njihovi uporabnosti te sposobnosti nimajo prave veljavnosti - tako s finančne plati kot z vidika poklicnega statusa in ugleda v družbi. (James, Gabe, 1996: 116) V opisu dela in zahtevanih lastnosti medicinske sestre je čustveno delo nujno potrebno, pri načrtovanju dela pa o njem ne duha ne sluha.

*Hochschidska šola za stevardese na letalih upošteva čustveno delo pri organizaciji dela in čustveno delo predstavlja pomemben del tudi znotraj izobraževanja za delo stevardese (po James, Gabe, 1996: 118)*

Glede na različne okoliščine deluje medicinska sestra pri svojem delu kot profesionalka in kot človek. (Gastmans, 1998: 236) »Pri delu vodita medicinsko sestro dve glavni pravili in sicer delati v korist bolnika in ne storiti drugemu, kar ne želiš, da bi se zgodilo tebi« (Kersnič, 1997: 6).

Začetnica in utemeljiteljica strokovnega pristopa k zdravstveni negi, Florence Nightingale, je v svojih spisih *Notes of nursing*, v katerih je predstavila svoja filozofska razmišljanja o stroki, poudarjala čustvenost in moralno naravnost kot osrednji kvaliteti dela medicinske sestre. (po Nortvedt, 1998: 387) Zapisala je: "Vsaka medicinska sestra bi morala biti tista, na katero človek lahko računa, z drugimi besedami, mora biti sposobna za to, da je bolnikov zaupnik. Nekdo želi prestajati tegobe čimbolj sam, drugi pa želi, da se z njim čim več ukvarjamo in mu nudimo oporo. Medicinska sestra mora opaziti te razlike in jih upoštevati." (po Kersnič, 1997: 6). Pomen čustev pri delu medicinske sestre opiše Nortvedt (1998: 389) s primerom: *Vedeti, kaj pomeni dispneja<sup>22</sup> za pacienta/-ko pomeni, prepoznati anksioznost in izčrpanost na obrazu pacineta/-ke in razumeti strah in utrujenost, ki ju doživlja.*

Dobro opravljanje poklica medicinske sestre zahteva vključevanje čustev v delo. Ali kot pravi G. Strachan (1997: 296): "Od medicinskih sester se je od nekdaj pričakovalo, da imajo neko sposobnost in moralno razvitost, ki se za ostale delavce nista zahtevali." Požrtvovalnost, postavljanje zahtev drugih pred lastne potrebe, humanost, empatija, altruizem, so dajali poklicu medicinske sestre poseben status, ki je narekoval, da regulacija delovnih pogojev pravzaprav ni potrebna. Ali, kot je zapisala leta 1903 neka matrona (po Strachan, 1997: 296):

*"Naše delo že po svoji naravi zahteva duh požrtvovalnosti in je zunaj vprašanj plačila in nagrade. Ne moremo meriti našega dela in zaračunavati po uri; moramo vpreči same sebe v delo in delati, dokler nas potrebujejo, ker želimo narediti vse in ne le najnujnejše."*

Čustva usmerjajo naš odnos in ustvarjajo atmosfero, ki je ključnega pomena za moralno, hvalevredno vedenje. (Nortvedt, 1998: 391) Belgijski filozof Herman de Dijn (v Gastmans, 1999: 218) meni, da skrb za drugega in empatija predstavljata poseben način dela s pacientom/-ko. To se med drugim odraža v načinu govorjenja, dotikanja in vedenja medicinske sestre do pacienta/-ke. Tega načina dela ni mogoče učiti in meriti prav zaradi velike stopnje spontanosti. Vedenje vključuje vse preveč osebne naravnosti, da bi ga bilo moč spraviti v okvire rutine. Skrb in empatija v odnosu do pacienta/-ke se razvijata z vsakodnevnim srečevanjem s trpečimi posamezniki. S to obrazložitvijo omenjeni avtor (v Gastmans, 1999: 218) svari pred tako opevano profesionalizacijo, še posebej na področju medosebnih odnosov, saj bi lahko zmanjšala spoštovanje do človeka. Na področju svetovanja pacientom/-ko in v pogovoru z njim/njo bo vedno delček spontanosti, prijateljstva in pristne skrbi za človeka.

<sup>22</sup> dispnoe: otežkočeno dihanje

Osnova čustvenemu delu v zdravstvu je sposobnost prepoznavanja potreb drugega, s čimer se zelo približamo pojmu *empatija*. J. Trček (1994: 201) opredeljuje, da *empatija*, ki pomeni vživljanje v človeka, ni fraza, ampak globoka potreba poklicne usposobljenosti zdravstvenega delavca. Sposobnost vživljanja pomeni, da mora na primer medicinska sestra znati prepoznati, podoživljati varovančeva čustva, vedenje in razmišljanja, pri tem pa mora znati ohranjati profesionalno distanco, ki je nujna za strokovno opravljanje dela (Urbančič, 1998: 163). Nussbaum (v Nortvedt, 1998: 388) opredeli čustva kot kognitivna in namerna, omogočajo nam razumeti, kaj nam pomeni pacientovo stanje, v kolikšni meri nas prizadeva, etc.

Lastnosti in spretnosti kot so altruizem, empatija, humanost so nedvomno esencialne lastnosti poklica medicinske sestre, ki pa ne bi smele biti osnova za zniževanje statusa poklica, ugleda in plačila. Kljub temu, da se od negovalnega osebja zahtevajo emocionalne spretnosti (prijaznost, dobra volja, nasmejanost, zadrževanje negativnih čustev - jeze, vznemirjenosti, agresije,...), jim le-te niso priznane, niso vključene v načrt dela in tudi niso vrednotene.

#### 4.6.2 Skrbstveno delo in etika

Skrbstveno delo ni edinstveno samo v zdravstveni negi, se pa v zdravstveni negi pojavlja na edinstven način. Zdravstvena nega je neposredna pomoč, pri kateri izkušnje, čustva vdanost in razmerja predstavljajo velik del vsakodnevnega dela. Skrbstveno delo se nanaša na ljudi. Izvajajo ga ljudje, za ljudi, k ljudem in kot ljudje. Zadnji vidik, ki dela skrbstveno delo edinstveno, je, da ljudi povezuje z ljudmi oz. človeka s sočlovekom. (Tschudin, 2004: 1)

Skrbstveno delo je praktična izkušnja; nekaj, kar nekdo komu naredi. Osebe, ki dajejo skrb, morajo dobro poznati svoje znanje, morajo razumeti same sebe in biti prepričane vase. Prvo, kar mora imeti oseba, ki daje skrb, je občutek za drugega.

To dejstvo je verjetno najbolje zajeto v besedi «*empatija*», ki v osnovi pomeni »vživljanje v trpljenje«. Trpljenje je osebna stvar; je »občutek«. Da človek razume trpljenje, mora biti »soudedežen«. To ni vprašanje, kako vstopiti v kožo trpečega, ali samo spraševanje: »Kako bi se jaz počutil/a v takem položaju?« Empatija pomeni razumevanje trpečega v njegovem lastnem položaju. (Tschudin, 2004: 11)

Razmerje med medicinsko sestro in bolnikom/bolnico je v primerjavi z odnosom zdravnik/-ca-bolnik, bolnica, bolj intimne in dolgoročne narave. Razmerje zdravnik/-ca – bolnik/bolnica je pogosto zaznamovano še z vmesnimi

---

intšrumenti, kot so stetoskop, skalpel, oziroma z izvidi različnih preiskav. Le-ti so pomembni za razlago in informiranje, hkrati pa zdravnikom omogočajo beg pred osebnim stikom. (po Tschudin, 2004: 2)

#### 4.6.3 Vpliv kulturnega in socialnega okolja

Čustva so skupek prepričanj o neki situaciji. Čustva so pravzaprav interpretacija sveta, ki nas zadeva in kako nas zadeva in še pomembneje, omogočajo nam vstopiti v neko stanje in oceniti vsako posamezno situacijo, v kateri je, se nahaja druga oseba. Neodvisno od empatije, od kognitivne ali emocionalne plati čustvenosti, čustva nedvomno odsevajo notranje vrednote posameznika. So "besede" pri opisovanju vrednosti sveta. (po Nortvedt, 1998: 389)

Sposobnost doživljanja večine čustev odraslega človeka je tako kot vsako drugo človeško izkustvo, posredovano z jezikom in kulturo. Čustva so neločljiva od družbeno-kulturnega konteksta, v katerem se pojavljajo. Ljudje se čustvovanja in doživljanja določenih posebnih čustev naučijo, naučijo pa se tudi ne izkusiti določenih čustev (emocionalne hladnosti). (po Jogan, Šadl, 1994: 51)

Dihotomija med razumom in čustvi je globoko vplivala na celotno zahodno kulturo in mišljenje.

Čustva so veljala za stanja, povezana s posebnimi, individualnimi zadevami in dogodki, torej tisto, kar posameznika diferencira. Nasprotno pa je razum v deontološki tradiciji označen za nepristransko in univerzalno moralno gledišče. (po Šadl, 1999: 73) Čustva so v pojmovanju ločena od misli in zavesti. (Bendelow, Williams, 1998: 195)

Ker so čustva po tradicionalnem gledanju destruktivna in nevarna za družbeni red, je treba človeško emocionalnost omejevati ali nevtralizirati, kadarkoli je to mogoče. To je pomenilo: čustva (strasti) je treba obvladovati, če naj posameznik in družba delujeta racionalno, da je družbeno življenje sploh mogoče. (Šadl, 1999: 63)

Pojem čustva zaseda pomembno vlogo v ideologiji spolov. Njegova umeščenost v sistem odnosov moči je legitimizirala in vzdrževala družbeno neenakopravnost spolov. Delitev na ženska čustva in moški razum so legitimizirali domala vsi različni filozofski sistemi. Enačenje žensk in čustev je v zahodnem mišljenju ujeto v kulturni dualizem "razumski moški in čustvene ženske": moški so racionalni, ženske so čustvene - bitja, ki jih določa primankljaj racionalnosti. (Šadl, 1999: 69). Če je bil značaj ženske definiran kot emocionalen in pasiven, je bil značaj moškega definiran kot racionalen in aktiven. (Zaviršek, 1994: 137).

Visoka toleranca do doživljanja in izražanja »pozitivnih«, nenevarnih čustev ter netolerantnost do (zlasti izražanja) jeze pojasnjuje obravnavo emocionalnih neekspresivnih žensk kot "nepravih" žensk, jezo pa kot "nežensko" čustvo. Izražanje tega čustva kaže netrden, šibak značaj, psihično nestabilnost žensk. Večina zahodnih kultur je tolerantna do izražanja jeze pri moških. Jeza moških je "racionalno" čustvo, ki označuje globoko in trdno prepričanje. (Šadl, 1994: 218)

Zahodna civilizacija je odnos med čustvi in razumom vzpostavila kot odnos vzajemne izključenosti in hierarhije. Številne zatirane skupine so povezane s čustvi kot nasprotjem razuma. Poudarjanje čustvenosti žensk kot njihove specifikke, je bilo potrebno, da so ženske kot najbolj obremenjene v verigi socialne re/produkcije lahko nemoteno opravljale "sveto" dolžnost (Jogan, 1990: 44). Prav tako je "nedostopnost" jeze za podrejene skupine v interesu dominantne skupine, saj predstavlja občutenje jeze politični dosežek sam po sebi. Samo doživljanje jeze kaže na upor in zavračanje. Jeza označuje odklonitev in s tem predpostavlja bolj fundamentalno vrsto enakosti med gospodarjem in hlapcem, izražanje jeze pa pomeni že aktivno zahtevo po enakosti. (Šadl, 1994: 218, Šadl, 1999: 74)

Upravljanje čustev - prepoved doživljanja ene vrste čustva (npr. jeze) in spodbujanje doživljanja drugih (ljubezen) - je omogočalo (re)produkcijo hierarhije po spolu.

Šadl Z. (1999: 238) sicer ugotavlja, da je stroga delitev na čustveno žensko in nečustvenega moškega v visoko modernih družbah zbledela in čeprav so kulturne povezave med čustvenostjo in ženskostjo še vedno močne, se od moških danes pričakuje, da svoja čustva razkrijejo in izrazijo. Je morda to razlog, da se mora ženska kljub temu, da skrbstveni poklici zahtevajo lastnosti, ki so "naravno" ženske, tudi v teh poklicih zadovoljiti z drugim mestom? V družbi namreč prevladuje mnenje, da so moški: boljši vzgojitelji, boljši učitelji, boljši zdravniki, boljši zdravstveni tehniki. Da so moški čustvena bitja tako kot ženske, danes ni več sporno, čeprav stereotip o čustveni ženski in nečustvenem moškem še ostaja. Šadl Z. (1999: 205) meni, da so razlike glede čustvovanja, vendar to niso razlike **v čustvovanju**. Razlike ostajajo v **izražanju** "dovoljenih" čustev. Emocionalne prakse so v vladajočih opisih (reprezentacijah) značilno spolno specifične in ideološko definirane glede na spolno stratifikacijo v širši družbeni strukturi. Reprezentacije posredujejo dve tipično ločeni kodi emocionalne izkušnje: moškost in ženskost. Označevanje žensk kot čustvenih, ki se opira na spolno-specifično definirano emocionalnost v širšem kulturnem redu, je ideološko, ker prispeva k reprodukciji odnosov moči, saj rabi za opravičevanje izključevanja žensk iz pozicij moči. (Šadl, 1999: 142)

A.J. Hochschild (1983: 171) ocenjuje, da več kot tretjina vseh služb vključuje emocionalno delo, da pa je od tega le četrtnina del, ki jih opravljajo večinoma moški in kar več kot polovica del, ki jih opravljajo ženske.

Tako ženske kot moški opravljajo čustveno delo, vsekakor pa obstajajo razlike med kontroliranjem, doživljanjem in izkazovanjem čustev pri moških in pri ženskah.

Razlike v čustvenem delu moških in žensk (po A.J. Hochschild, 1983: 163) izhajajo iz naslednjih parametrov:

1. Neenakomerna razporeditev sredstev: *moški imajo večji dostop do sredstev za preživetje (denar, zaposlitev, mesta odločanja,...), zato več žensk kot moških ponudi čustveno delo v zameno za materialne dobrine.*
2. Različna socializacija deklic in dečkov: *deklice učimo nežnosti, altruizma, humanosti, izražanja "obrambnih" čustev kot so jok, žalost, ponižnost; dečke vzgajamo k "napadalnem" vedenju: nasilnost, izražanje jeze, k čustveni hladnosti (dečki ne jokajo), odločnosti.*
3. Status "šibkejšega" spola: *fizična nemoč v medsebojnih odnosih predstavlja osnovo za podrejeni položaj.*
4. Različen odziv moškega in ženske na podrejeni položaj na delovnem mestu: *ženske defenzivno uporabljajo seksualno lepoto, privlačnost in ustvarjanje dobrih medsebojnih odnosov. Od tod tudi večja možnost izkoriščanja seksualne lepote, prijaznosti in očarljivosti v komercialne namene. Moški, v "moških poklicih" se odzivajo z jezo in grožnjami. Zaradi fizične nemoči se ženske pri reševanju in preprečevanju konfliktnih situacij pogosteje zatekajo k izražanju čustev, kot so: smeh, prijaznost; moški pa že zaradi fizične moči redkeje zapade v konfliktno situacijo, rešuje pa jih s (posrednim) nakazovanjem fizične moči (in tako nadrejenega položaja): jeza, grožnje, neprizadetost, saj se ne boji posledic nastale situacije.*
5. Pričakovane lastnosti ženske in moškega: *ženske so prijazne, tople, razumevajoče, moški pa hladni, razumski, odločni.*

Različna socializacija po spolu se kaže tudi v doživljanju in kontroliranju čustev. Ženske naj ne bi samo bolje temveč tudi pogosteje kontrolirale svoja čustva kot moški (A.J. Hochschild, 1983:164). Vendar je tudi pri tej "zapovedi" najti dvojna merila: če ženska izkazuje "preveč" čustev, jo opredelijo kot preveč čustveno in tako neprimerno za opravljanje predvsem del na vodilnih položajih (kjer se zahteva odločnost, racionalnost, razumskost). Če pa ne izkazuje čustev in deluje "hladno", ne-čustveno, strogo razumsko, racionalno, jo označijo kot ne-žensko.

Položaji moči: vodje oddelkov, direktorji, šefi, zahtevajo odločnega, razumskega človeka, kar je moški že po "naravi". "Ženska" čustva: prijaznost, empatija, ustrežljivost so temu ravno nasprotna in torej niso primerna za položaje odločanja. Ko vodilne položaje zasedajo ženske, se jim "prizna" izražanje "moških" čustev in ožigosa kot ne-ženske.

Stereotipi zdravnika kot moškega in medicinske sestre kot ženske, so v Veliki Britaniji in Severni Ameriki globoko zakoreninjeni in so tudi odraz vzgoje v obdobju otroštva. Študije vzgoje v predšolskem in šolskem obdobju prikazujejo široko paleto mehanizmov, preko katerih se vzdržuje stereotipnost razlikovanja po spolu: igranje, igre,



---

knjige, revije ter mediji. Npr. *Raziskava v veliki ameriški trgovini z igračami (Goodman, 1974)* je pokazala, da so otroški kostumi za fantke: policist, asatronavt, šerif ipd., za punčke pa: medicinska sestra, nevesta, baletka. Vloga medicinske sestre pri igri otrok je rezervirana za punčke, zdravnikova vloga pa za fantke. Ne samo igra, igrače, knjige, ki prikazujejo medicinsko sestro kot žensko, tudi izkušnje so tiste, ki oblikujejo zavest otroka. Prva otrokova »medicinska sestra« je mati, ki zadovoljuje vse otrokove potrebe. Očetje zelo redko (ponekod pa sploh ne) skrbijo za bolnega otroka, kar še utrjuje predstavo medicinske sestre kot ženske. (Miles, 1991: 131)

Zdravstvene ustanove so kljub številnosti žensk v visoko kvalificiranih poklicih (medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo, zdravnice) prežete s stereotipno in androcentrično predstavo o zdravstvenih delavkah. Za pomemben premik v smeri enakopravnosti na delovnem mestu bi morale zdravstvene organizacije najprej vključiti emocionalno delo v načrt organizacije dela, kar pomeni, da bi emocionalno delo lahko vrednotili, dobiti pa bi moralo svoje mesto tudi v izobraževanju za poklic. Opredeljevanje "ženskih" in "moških" čustev predstavlja trdno podlago za nadaljevanje stereotipa o "pravi" ženski in "pravem" moškem. Odklon od »naravnosti« pomeni deviantnost in je temu primerno v družbi zaznamovano; "možača", "poženščen moški", "copata", kar omogoča (re)produciranje obstoječih stereotipov.

## 5 EMPIRIČNI DEL

### 5.1 METODOLOGIJA MAGISTRSKE NALOGE

Metodologija ali pristop k raziskavi je skupek strategij, metod in tehnik, za katere se raziskovalec/raziskovalka odloči v procesu raziskovanja problema. Metodologije slonijo na pestrem zgodovinskem razvoju in različnih paradigmah. (Tratnik, 2002: 23) Dva glavna tokova metodologije in filozofije znanosti v 19. stoletju sta *pozitivistična* in *antipozitivistična* paradigma (po Wrihgt, 1993: 9, Tratnik, 2002: 23).

Pozitivistična paradigma ima svoje korenine v naravoslovju, v družboslovju pa jo je prvi uporabil A. Comte sredi 19.stoletja. (po Wrihgt, 1993: 7, Tratnik, 2002: 24) Kolakowski (1993: 2) opredeli naslednje značilnosti: fenomenalizem, nominalizem, vrednotna nevtralnost in enotnost znanstvenih metod. Pristop k raziskovanju je hipotetično-deduktiven, najpogosteje uporabljena metoda je eksperiment. Značilnosti eksperimenta (glavne metode v kvantitativnem raziskovanju) sta proučevanje vzroka in posledice in realistična ontologija pri interpretaciji podatkov. (po Henwood, Pedgeon, 1993: 16; Kolakowski 1993: 3; Tratnik, 2002: 24; Wrihgt, 1993: 10)

Fenomenologija je filozofski pristop k razumevanju sveta in hkrati način zbiranja informacij o svetu. Resnice in dejstva ne obstajajo sama po sebi temveč se pojavljajo le v določenih okoliščinah in v določenem času. (po Lemon, Taylor, 1997: 229) Fenomenološki pristop izhaja iz ideje, da je družbena stvarnost rezultat dejavnosti ljudi in ne objektivna danost. Naloga raziskovalca/-ke ni zgolj zbiranje podatkov, dejstev in ugotavljanje pogostosti pojavov, pač pa odkrivanje, kako ljudje razumejo neko dejavnost in kakšen pomen ji pripisujejo. (po Henwood, Pedgeon, 1993: 17; Lemon, Taylor, 1997: 229, Tashakkori, Teddlie, 1998: s 23; Tratnik, 2002: 26) Pristop k raziskovanju je induktiven, poenostavljeno rečeno, je najpogosteje uporabljena kvalitativna metoda, študija primera (po Henwood, Pedgeon, 1993: 18; Tashakkori, Teddlie, 1998: 36.)

Glede na različnost izhodišč temeljita ti paradigmi na različnih prijemih pri raziskovanju in spoznanjih. Trnavčič (2001: 30) govori o polarizaciji paradigem in razširi pojem na pluralizacijo paradigem. Čistega pristopa v praksi ni mogoče izvesti. Vsaka raziskava ima tako, četudi sledi eni tradiciji, vedno tudi elemente druge<sup>23</sup>. (Tratnik, 2002: 26.)

<sup>23</sup> **Primer raziskave za vsakega izmed pristopov:**

Primer 1: Tema raziskave je nizko vrednotenje poklica medicinske sestre med bodočimi medicinskimi sestrami. S kvalitativnega, fenomenološkega vidika, bi me zanimalo kako/ali sploh medicinske sestre zaznavajo nizko vrednotenje, kako se počutijo in kaj storijo, če zaznajo nizko vrednotenje njihovega dela. Kot metodo zbiranja

### 5.1.1 METODOLOGIJA FEMINISTIČNEGA RAZISKOVANJA

Glavni problem ženskih študij je androcentrizem in moška pristranost, ki se ne kaže zgolj kot dejstvo, da univerze in raziskovalne inštitute vodijo pretežno moški, temveč bolj prikrito, kot izbira področja raziskovanja, raziskovalna politika, teoretski koncepti in raziskovalna metodologija. (Mies, 1993: 65) Poleg tega, kot ugotavlja A. Saarinen (v Jogan, 1990: 43) se znanost ne ukvarja samo z opisovanjem moških izkušenj temveč "producira tudi znanje o ženskah. To pomeni, da je vse znanje, ki zadeva ženske, filtrirano skozi odnose moči in podrejenosti, ki prevladujeta med moškimi in ženskami; gre skozi ideološki filter."

Glavne težave, s katerimi se srečujejo raziskovalke s področja ženskih študij, obsegajo **rekonstrukcijo zgodovine žensk**. Prispevek žensk v zgodovini je ničen ali komaj omenjen v knjigah o zgodovini. Pri poskusu osvetlitve življenja žensk pa se pojavijo težave glede metodologije. Glavna prevladujoča metodologija je namreč kvantitativna metodologija, ki vsebuje androcentrično pristranost. (Mies, 1993: 67) Metodološki princip vrednotne nevtralnosti, nepristranosti, nevpletenosti oziroma postulati pozitivizma, potiskajo raziskovalke v shizofreno situacijo. S to metodologijo namreč vztrajno zatirajo, zanikajo in ignorirajo svoje lastne izkušnje seksizma ter živijo v t.i. "racionalnih" okvirjih tekmovalnega moško-dominirajočega akademskega sveta. (Mies, 1993: 72)

Raziskovanje na področju zdravstvene nege vključuje prav vse nakazane težave metodologije feminističnega raziskovanja. Medicinske sestre so večinski a skoraj nevidni del zaposlenih v zdravstvenem varstvu (Pahor, 2002: 20), ker so pretežno ženske, njihov položaj moških verjetno ne bo posebej zanimal. Raziskovalke v zdravstvu, katerih raziskave imajo namen osvetliti podrejenost žensk, pa se - vpete v položaj podrejenosti - težko podredijo vrednotni nevtralnost, nevpletenosti ipd.

---

podatkov bi uporabila poglobljen intervju z nekaterimi izbranimi bodočimi medicinskimi sestrami o njihovih opažanjih na praktičnem pouku, pri pogovoru z bolniki, z zdravstvenim osebjem in z drugimi osebami v njihovem širšem družbenem okolju.

S pozitivističnega vidika, pa bi gradila na predpostavki, da bodoče medicinske sestre ne cenijo svojega bodočega dela, z vprašalnikom pa bi zbrala podatke katera so tista dela, ki znižujejo ugled poklica, vedenja, zaradi katerih je nižje vrednoten, družbene značilnosti (poklic opravljajo ženske) ipd. (Tratnik, 2002: 26.)

### 5.1.1.1 **METODOLOŠKE SMERNICE FEMINISTIČNEGA RAZISKOVANJA** (po Mies, 1993, str. 74)

1. Vrednotno nevtralnost naj zamenja **zavestna pristranost**. Zavestna pristranost je sicer nasprotje znanju, ki ga pridobimo kot opazovalci/opazovalke, objekt raziskovanja postane subjekt in s tem del družbene celote.
2. Vertikalni odnos - pogled od zgoraj - naj zamenja "**pogled od spodaj**". Kljub sofisticiranosti kvantitativnih metod, so podatki zbrani z vidika hierarhično urejenega odnosa raziskovalec/raziskovalka - objekt raziskave nepopolni in irelevantni, saj najpogosteje odsevajo *pričakovano vedenje* ne pa resničnega. "Pogled od spodaj" pa je še vedno del znanstvenega pogleda, ki dopušča raziskovalki vključiti lastne občutke pritiskov (kot na žensko).
3. Vidik "opazovalca/opazovalke" naj zamenja **aktivna udeležba** v akciji, gibanju in boju za emancipacijo žensk.
4. Sprememba "statusa quo" kot izhodiščno vprašanje raziskave.
5. Raziskovalni proces naj postane **proces ozaveščanja** o lastnem položaju. Objekt raziskovanja naj postane subjekt lastnega raziskovanja in posledično naj vodi do nadaljnje akcije in spremembe.
6. Proces ozaveščanja naj poteka sočasno z raziskovanjem osebne in družbene preteklosti žensk.

## 5.2 **PILOTSKA ŠTUDIJA PRIMERA**

Za študijo primera je značilno, da si z njo prizadevamo globinsko in celostno proučiti en primer (predvsem določeno skupino, lahko pa tudi en proces, eno institucijo, itd.) (Flere, 2000: 95). Kvalitativni študiji primerov, torej študiji v običajnem pomenu te besede, očitajo pomanjkanje zunanje veljavnosti oz. možnosti posploševanja. Nekateri zagovorniki kvalitativne metodologije zanikajo pomen družboslovnega posploševanja, čes da ni niti možen niti pomemben, saj gre za enkratne pojave, drugi zagovorniki kvalitativne metodologije skušajo preseči to pomanjkljivost z izvajanjem študij primerov na več primerih ob uporabi primerjave, predhodnem zagotavljanju tipičnosti primera in umeščanjem spoznanj, pridobljenih s študijo primera, v splošnejša spoznanja. (po Ferle, 2000: 96)

Anketirala sem skupino dijakinj/dijakov četrtega letnika Srednje zdravstvene šole v Ljubljani. Četrta letnik sem namerno izbrala zaradi naslednjih značilnosti: dijakinje/dijaki so polnoletni/-e, šolo obiskujejo zadnje leto, kar pomeni, da so imeli možnost seznaniti se z večino vsebin in pridobiti izkušnje, ki naj bi jih pridobili v teku

šolanja; v tretjem letniku so imeli praktični pouk, kar pomeni, da so se prav vsi srečali s »pravimi« pacienti<sup>24</sup>, da so imeli možnost spoznati delovni proces medicinskih sester v delovnem okolju in tudi sami izvajati negovalne postopke pri osebah, ki tovrstne storitve potrebujejo.

Odgovarjalo je osemnajst dijakinj/dijakov četrtega letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana. Anketiranje je potekalo decembra 2005. Ankete je sodelavka, učiteljica strokovno teoretičnih predmetov, dijakinjam/dijakom razdelila med šolsko uro. Pri analizi in interpretaciji podatkov sem uporabila dvanajst vprašalnikov, saj je bilo šest vprašalnikov, zaradi očitne neresnosti<sup>25</sup> pri odgovarjanju, neuporabnih.

Primerjalno skupino so predstavljale tehnice zdravstvene nege, ki svoj poklic opravljajo 10 – 15 let. Anketiranje je potekalo decembra 2005, na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Odgovarjalo je trinajst oseb.

Kot metodo zbiranja podatkov sem izbrala anketni vprašalnik. Ker sta nanj odgovarjali dve različni skupini, dijakinje/dijaki in osebe v rednem delovnem razmerju, sta bila vprašalnika med seboj deloma različna. Vprašalnika sta se razlikovala v vprašanjih, ki so se nanašala neposredno na razmere na delovnem mestu, s katerimi se dijakinje/dijaki le posredno srečujejo, jih opazujejo, ne pa tudi doživljajo, saj še niso zaposleni/-e.

Vprašalnik za dijakinje/dijake je vseboval dvaindvajset, vprašalnik za zaposlene pa devetindvajset vprašanj. Vprašanja so se nanašala na njihovo doživljanje poklica tehnika/tehnice zdravstvene nege.

Raziskovalna vprašanja, ki sem jim pri tem sledila, so bila naslednja:

- Ali jih je pri izbiri šolanja vodila želja »pomagati drugemu«?
- Ali je altruizem zahtevana in želena lastnost »dobre« medicinske sestre?
- Kakšni naj bi bili medsebojni odnosi na delovnem mestu in vpliv altruističnih lastnosti na medsebojne odnose.
- Kakšen ugled in spoštovanje uživa poklic v očeh družbe, medicinskih sester in njih samih?
- Kako visoko vrednotijo svoje delo – delo tehnika/tehnice zdravstvene nege; katerim opravilom pripisujejo večjo vrednost, samostojnemu delu ali delu po naročilu zdravnika/-ce?

Podatke sem obdelala s pomočjo računalniških orodij SPSS in Microsoft Excel.

---

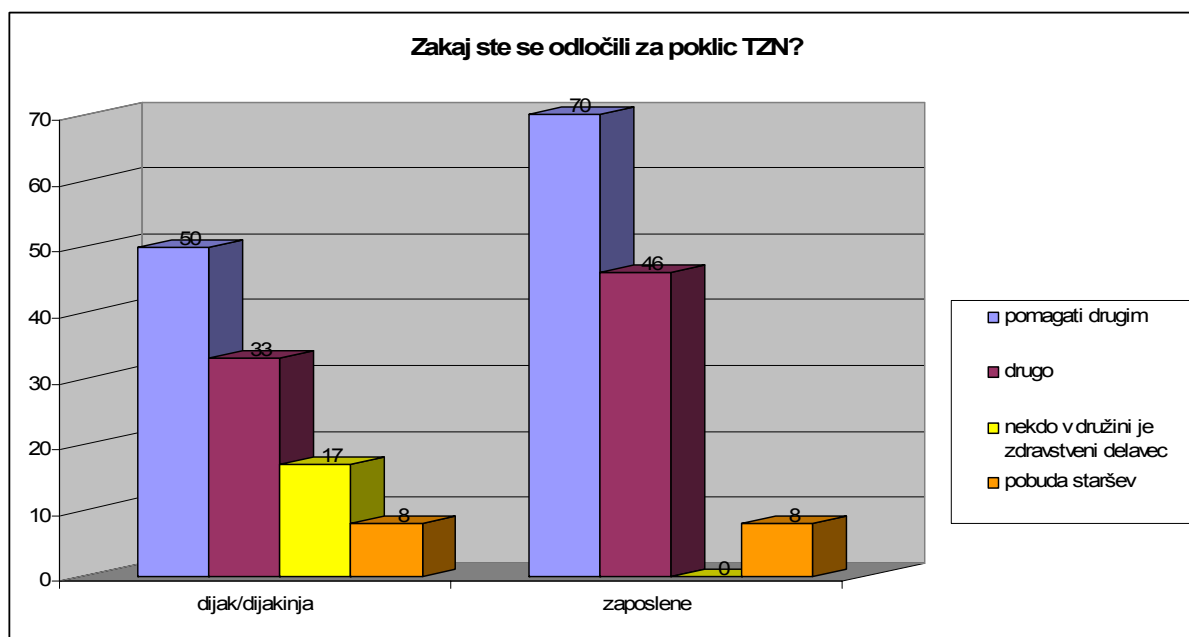
<sup>24</sup> V prvem in drugem letniku se dijakinje/dijaki učijo različnih spretnosti v posebej za to prirejenih učilnicah – učilnica kot bolniška soba. Uporabljajo sicer prave pripomočke, a na modelu človeka. Tu ali tam lahko praktično delo opravijo tudi na sošolcu/-ki, kar pa še vedno ni enako kot srečanje s pacienti/-kami, varovanci/-kami v bolnišničnem okolju ali domovih za starejše občane.

<sup>25</sup> Djakinje/dijaki niso upoštevali navodil za odgovarjanje na vprašanja, na večji del vprašanj niso odgovorili ipd.

### 5.3 ANALIZA IN INTERPRETACIJA PODATKOV

Pred odločitvijo za poklic, ki naj bi ga opravljali, so mladi postavljeni nekje pri štirinajstih, petnajstih letih, ko zaključujejo osnovno šolo, pravzaprav že mnogo prej, če upoštevamo dejstvo, da je uspeh v osnovni šoli tisti, ki jim o(ne)mogoča vstop na zeleno srednjo šolo. Večina jih v tej dobi še ni prepričanih o svoji poklicni poti. Z vpisom na gimnazijo si odločitev za poklic lahko »prestavijo« na kasnejši čas, pa tudi vpis na poklicne in poklicno strokovne šole jim ne zapira možnosti, da bi spremenili svojo odločitev. Kaj žene mlade, da se odločijo za poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege? Anketirane osebe so lahko napisale več odgovorov.

Graf 5.3.1: Vzroki za odločitev za poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege. Odgovori so izraženi v odstotkih, osebe so lahko zapisale več odgovorov, zato je skupno število odstotkov višje od sto. (Dijakinje/dijaki, N=12, zaposleni, N=13.)



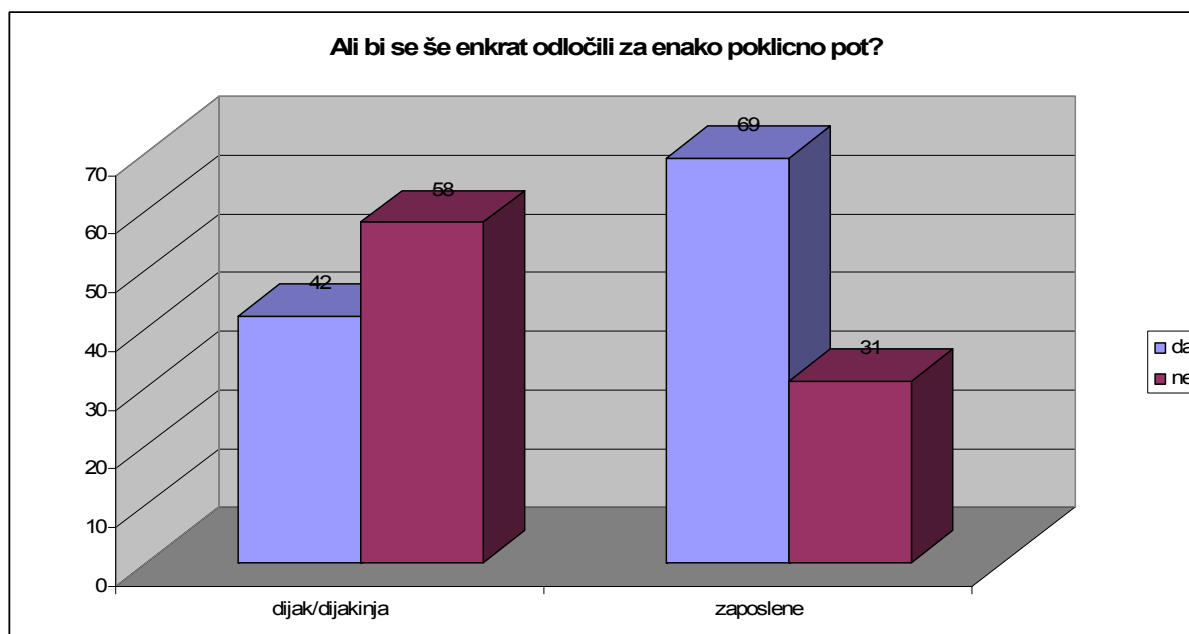
Na vprašanje »Zakaj ste se odločili za poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege (TZN)«, je polovica dijakinj/dijakov in kar sedemdeset odstotkov (devet oseb) zaposlenih odgovorilo z »iz želje pomagati drugim«, pri štirih dijakinjah (trideset odstotkov) in šestih zaposlenih (šestinštirideset odstotkov), ki so kot razlog navedle »drugo«, jih sedem navaja, da jih je to delo veselilo že od nekdaj ali da so si želeli delati z ljudmi. Tri osebe (iz skupine srednješolcev/-k) so odgovorile, da so se na šolo vpisale, ker se niso mogle vpisati drugam.

Dve osebi (sedemnajst odstotkov anketiranih dijakinj/dijakov) navajata razlog odločitve za poklic TZN, da je nekdo v družini zdravstveni delavec, ena oseba tako med dijaki/dijakinjami kot zaposlenimi, se je odločila na pobudo svojih staršev.

Večina oseb se je odločila za poklic TZN iz altruističnih nagibov (pomagati drugim, veselje do tovrstnega dela). Altruizem kot zahtevana in pričakovana lastnost zdravstvenih delavcev je pri osebah, ki so sodelovale v anketi, prisotna. Vprašanje je, ali se altruistični nagibi pri osebah, ki so se vpisale na željo staršev ali ker niso mogle iti drugam, v teku šolanja razvijejo, privzgojijo. Če je bila druga izbrana šola, kamor so se želeli vpisati, npr. vzgojiteljska, katere poklic po končanem šolanju tudi vsebuje altruistične nagibe, bo osebo pri delu TZN verjetno prav tako vodil altruizem oziroma altruistične oblike vedenja. V nasprotnem primeru pa bi bilo zanimivo dijake/dijakinje spremljati po končanem šolanju: se zaposlijo kot TZN ali iščejo zaposlitev zunaj svojega poklica; gredo po končanem štiriletnem šolanju študirat za drug poklic, ki morda sploh ni soroden poklicu tehnika/tehnice zdravstvene nege. Če se zaposlijo kot TZN, kako opravljajo svoj poklic: z veseljem, profesionalno in brez napak, se izmikajo delu, so večkrat slabe volje, so tisti, ki v timu v veliki meri prispevajo k slabim delovnim odnosom, etc.

Zadovoljstvo s svojo odločitvijo in izbranim (bodočim) poklicem sem preverjala z vprašanjem in ponujenima odgovoroma: »Če bi imeli še enkrat možnost odločitve, bi se odločili: za enako poklicno pot ali odločil/-a bi se za: \_\_\_\_\_.«

Graf 5.3.2: Ali bi se še enkrat odločili za enako poklicno pot? Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijakinje/dijaki, N=12, zaposlene, N=13.)

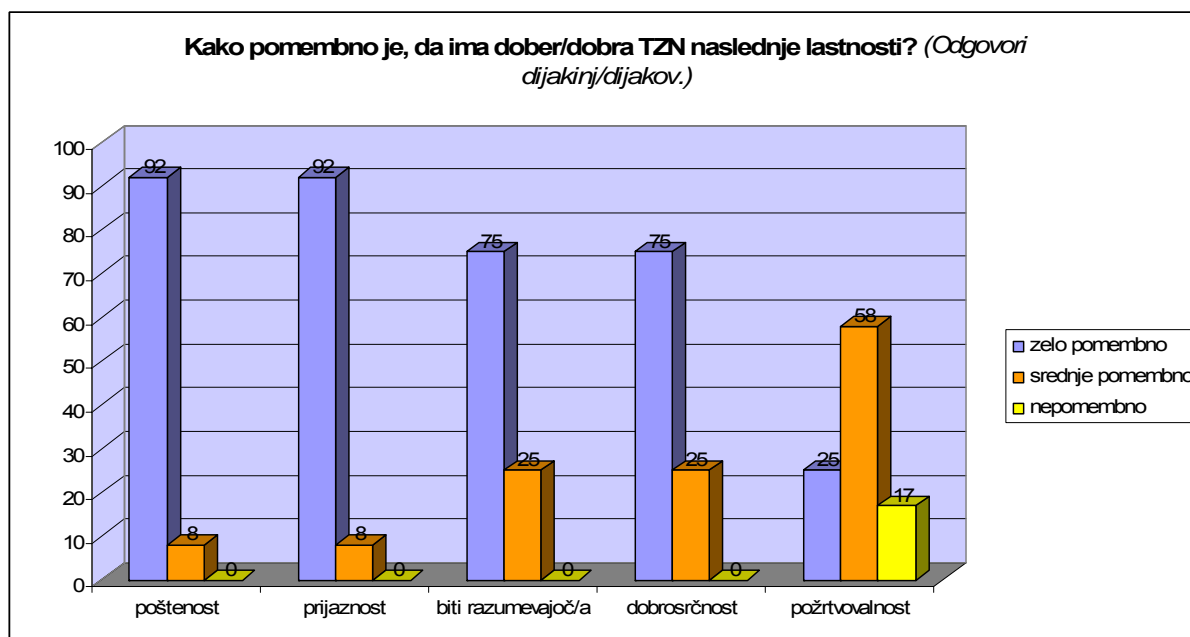


Med dijaki/dijakinjami se je večina odgovorov (sedem ali osemindeset odstotkov) nanašala na izbiro druge poklicne poti. Samo tri osebe so vedele, katero šolo bi si izbrale: ekonomsko, oblikovno in grafično srednjo šolo. Ostali niso zapisali, za katero poklicno pot bi se odločili, ali pa so odgovorili z »ne vem«. Iz tega sklepam, da jim sama odločitev, poklic, delo TZN ni posebno všeč, ne vedo pa natančno (razen v treh primerih), kaj bi izbrali drugega. Med zaposlenimi so odgovori drugačni, kar devetinšestdeset odstotkov (devet oseb) bi še enkrat izbralo enako poklicno pot, enaintrideset odstotkov (štiri osebe) bi izbrale drugačno poklicno pot: ena oseba ni podala odgovora o izbiri druge poklicne poti, ostale izbrane poti so bile: smer ekonomije, poklic vzgojiteljice; ena oseba pa bi ostala v poklicu, vendar bi si pridobila še višješolsko izobrazbo.

Če je želja pomagati drugim in delo z ljudmi osnova odločitvam za poklic, katere so lastnosti, za katere menijo, da bi jih taka oseba morala imeti, da bi svoj poklic (in željo pomagati drugim), zadovoljivo opravljala?

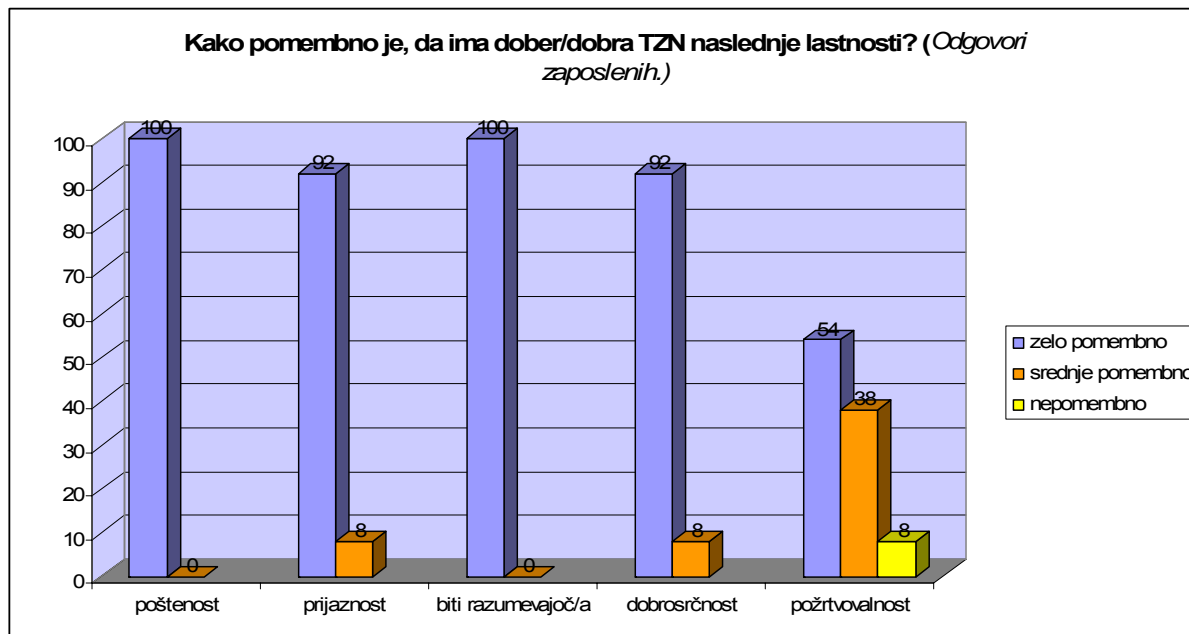
Na vprašanje, katere lastnosti naj bi imela dober/dobra TZN, so anketirani/-e izbirali med ponujenimi odgovori glede na to ali je lastnost zelo pomembna, srednje pomembna ali nepomembna. Iz odgovorov o pomembnosti določenih lastnosti lahko sklepam, ali je altruizem - "ravnanje, nazor, pri katerem človek upošteva korist drugih, nesebičnost." (po SSKJ, 1994:11) zelena lastnost »dobre« medicinske sestre.

*Graf 5.3.3: Katere lastnosti naj bi imel/-a dober/dobra TZN? Odgovori dijakinj/dijakov so izraženi v odstotkih. (N=12)*





Graf 5.3.4: Katere lastnosti naj bi imel/-a dober/dobra TZN? Odgovori zaposlenih so izraženi v odstotkih. (N=13)



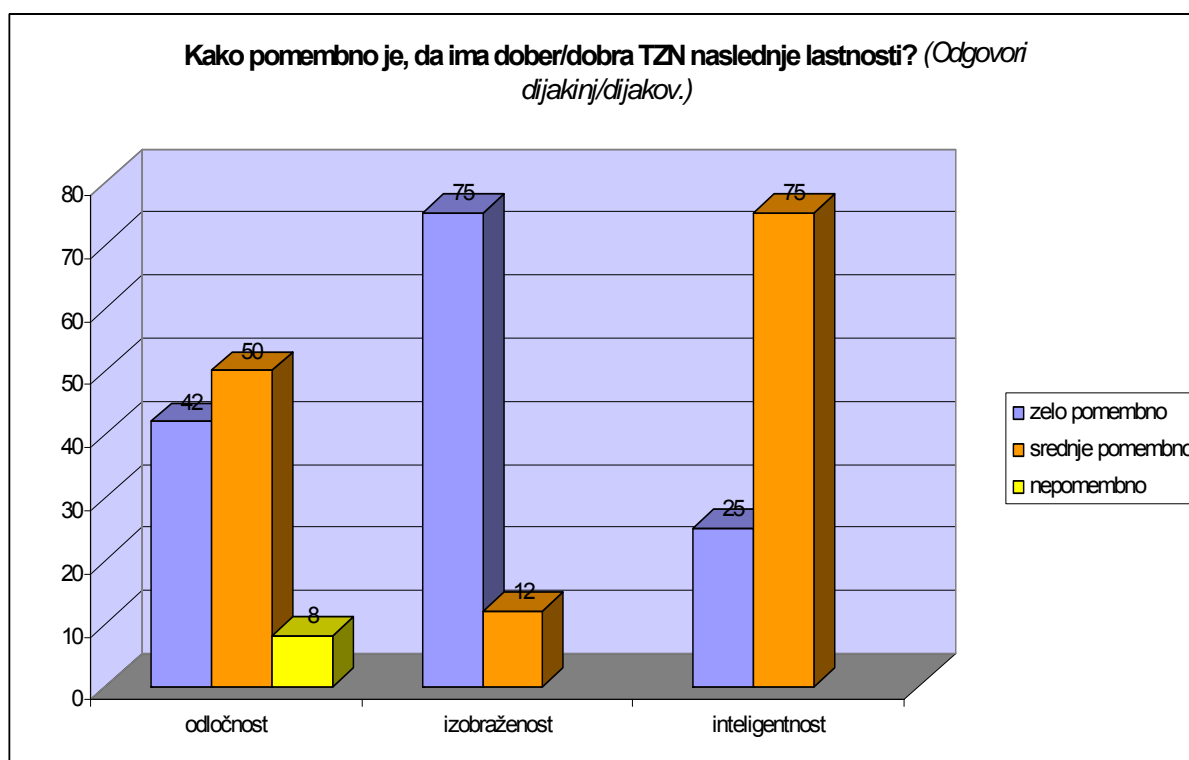
Poštenost je zelo pomembna lastnost skoraj vsem anketiranim dijakinjam/dijakom, le ena oseba jo uvrsti v kategorijo »srednje pomembna«. Med zaposlenimi se vse strinjajo, da je poštenost »zelo pomembna« lastnost. Podobni odgovori so pri lastnosti »prijaznost«, za katero dvaindevetdeset odstotkov oseb (ali enajst od dvanajstih dijakinj/dijakov in dvanajst od trinajstih zaposlenih) meni, da je zelo pomembna, ena oseba pa, da je srednje pomembna. Biti razumevajoč/-a je zelo pomembno ravnanje za petinsedemdeset odstotkov dijakov/dijakinj (devet oseb), za petindvajset odstotkov (tri osebe) pa srednje pomembno. Enaki odgovori so pri dijakih/dijakinjah glede dobrosrčnosti.

Vse zaposlene se strinjajo, da je »biti razumevajoč/-a« zelo pomembna lastnost, dvaindevetdeset odstotkov (dvanajst od trinajstih zaposlenih) oseb odgovarja tudi, da je dobrosrčnost zelo pomembna lastnost, ena oseba (osem odstotkov) meni, da je pomembna. Nihče poštenosti, prijaznosti, biti razumevbajoč/-a in dobrosrčnosti, ni uvrstil med nepomembne lastnosti. Glede požrtvovalnosti so menja anketiranih oseb bolj deljena, petindvajset odstokov dijakinj (tri osebe) in več kot polovica zaposlenih (štiriinpedeset odstokov) jih meni, da je zelo pomembna. Večina dijakinj/dijakov (oseminpedeset odstokov) uvrsti požrtvovalnost med srednje pomembne lastnosti, medtem, ko je delež zaposlenih, ki jo uvrstijo v srednje pomembne, nižji – osemintrideset odstotkov. Sedemnajst odstotkov dijakinj/dijakov in osem odstotkov (ena zaposlena) uvrsti požrtvovalnost med nepomembne lastnosti »dobre« medicinske sestre.

Med ponujenimi lastnostmi so poštenost, prijaznost, biti razumevajoč/-a, dobrosrčnost in požrtvovalnost tiste, ki so del altruističnega vedenja. Za prve štiri lastnosti vse anketirane osebe menijo da so pomembne (zelo ali srednje) in je nobena ne vrednoti kot nepomembne, kar pomeni, da je altruizem želena in zahtevana lastnost »dobre« medicinske sestre<sup>26</sup>. Manj kot polovica (deset) anketiranih v obeh skupinah, uvrsti požrtvovalnost med zelo pomembne lastnosti, skoraj polovica (dvanajst) med srednje pomembne lastnosti, tri osebe menijo, da pa je nepomembna.

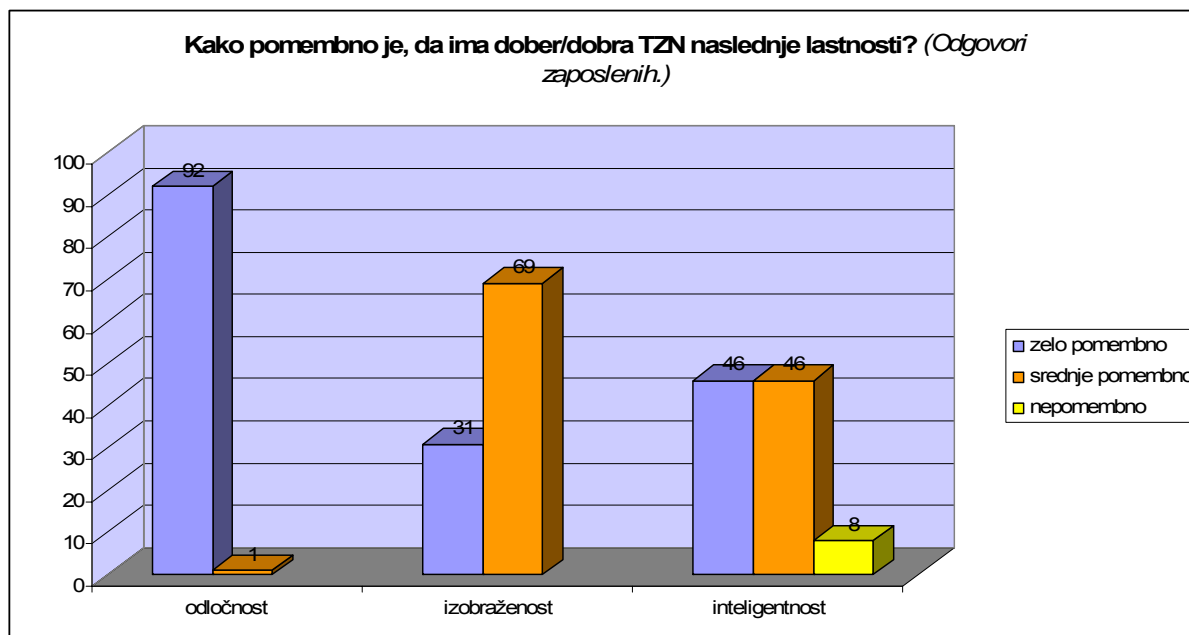
Lastnosti, ki lahko pomembno vplivajo na samostojnost pri delu, v poklicu, so med drugimi izobraženost, inteligentnost in odločnost.

Graf 5.3.5: Katere lastnosti naj bi imel/-a dober/dobra TZN? Odgovori dijakinj/dijakov so izraženi v odstotkih. (N=12)



<sup>26</sup> Izraz medicinska sestra (ker je že zelo dolgo v rabi) uporabljam v nalogi za tehnike/tehnice zdravstvene nege (srednješolska izobrazba) in diplomante/-ke Visoke šole za zdravstvo, smeri Zdravstvena nega in smeri Zdravstvena nega, porodniško-ginekološka smer, torej za tiste, ki so usposobljeni za opravljanje zdravstvene nege.

Graf 5.3.6: Katere lastnosti naj bi imel/-a dober/dobra TZN? Odgovori zaposlenih so izraženi v odstotkih. (N=13)



Grafa 5.3.5 in 5.3.6, ki prikazujeta vrednotenje izobraženosti, inteligentnosti in odločnosti, kažeta, da le-te v primerjavi z zgoraj omenjenimi »altruističnimi« lastnostmi niso tako zelo pomembne, da bi karakterizirale »dobro« medicinsko sestro. Odločnost je zelo pomembna lastnost manj kot polovici dijakinj/dijakov (dvainštiridesetim odstotkom) in skoraj vsem zaposlenim (dvaindevetdesetim odstotkom)! Polovici dijakov/dijakinj in le eni zaposleni (osem odstotkov) je srednje pomembna in eni osebi iz skupine dijakinj/dijakov je nepomembna. Odločnost je vsekakor pomembna lastnost v poklicih in na delovnem mestu, kjer mora oseba voditi delo, ga usmerjati, in načrtovati v hitro spreminjajočih se okoliščinah. Za sprejete odločitve je potrebno tudi sprejemati odgovornost bodisi za dobro ali slabo odločitev/delo. Razlike v odgovorih kažejo, da morda dijakinje/dijaki še niso vajeni sprejemanja odločitev, ali pa si zaradi pomanjkanja delovnih izkušenj ne upajo sprejemati odločitev, vsaj ne na delovnem mestu – pri praktičnem pouku.

Petinsedemdeset odstotkov (devet) dijakinj/dijakov meni, da je izobraženost zelo pomembna. Med zaposlenimi je ustrezen odstotek pomembno nižji, le enaintrideset odstotkov (štiri zaposlene) jih meni, da je izobraženost zelo pomembna. Med srednje pomembne lastnosti jo uvršča dvanajst odstotkov dijakov/dijakinj (tri osebe) in večina zaposlenih (devetinšestdeset odstotkov). Menim, da dijaki/dijakinje v teku šolanja spoznavajo pomen izobrazbe, saj smo tu profesorice/profesorji, ki jih vsakodnevno opominjamo na pomen znanja, ocen in v četrtem letniku tudi na pomen čim višjega uspeha tako v zadnjem letniku (tudi že v tretjem letniku) kot na poklicni maturi. Ker so bolj vpeti v izobraževalni sistem

kot v delovni proces, jim je seveda izobrazba zelo pomembna. Zaposleni so v nasprotju z dijaki/dijakinjami vpeti v delovni proces, zato morda višje vrednotijo delovne izkušnje kot samo formalno izobrazbo. Predvidevam tudi, da tehnikom/tehnicam zdravstvene nege izobrazba ne more predstavljati zelo pomembne lastnosti, saj bi se v tem primeru odločili/-e za nadaljevanje šolanja. Jo pa uvrščajo med srednje pomembno lastnost, saj imajo navsezadnje zaključeno štiriletno srednje strokovno izobraževanje.

Inteligentnost je zelo pomembna petindvajsetim odstotkom dijakov/dijakinj (trem osebam) in skoraj polovici zaposlenih (šestinštiridesetim odstotkom), petinsedemdesetim odstotkom dijakov/dijakinj in spet skoraj polovici (šestinštiridesetim odstotkom) zaposlenih je srednje pomembna, eni zaposleni (osem odstotkov) pa je nepomembna.

Izobraženost pomeni hkrati tudi usposobljenost za opravljanje nekega dela. Podatki grafa št. 5.3.6, so primerljivi s podatki grafa št. 5.3.19, ki kaže, da delo medicinske sestre, pomoč pri pomembnih življenjskih opravilih (hranjenje, umivanje, odvajanje,...) ali opravljanje le-teh namesto druge osebe, lahko opravlja tudi oseba, ki nima strokovne izobrazbe. Če anketirani/-e menijo, da del njihovega dela lahko opravljajo tudi osebe brez strokovne izobrazbe, je razumljivo, da le štiri zaposlene menijo, da je izobrazba zelo pomembna. Izobrazba, usposobljenost hkrati prinašata tudi večje odgovornosti, večji obseg oziroma zahtevnost dela, večji obseg načrtovanja, odločanja, organizacijo dela ipd. Glede na rezultate ankete menim, da anketirane osebe bolj ali manj opravljajo delo po navodilih zatorej odločnost, izobraženost in inteligentnost v primerjavi z ostalimi »altruističnimi« lastnostmi niso med zelo pomembnimi lastnostmi »dobre« medicinske sestre.

Inteligenca-nadarjenost za umske dejavnosti (po SSKJ, 1994:306) mogoče ne izstopa po pomembnosti, ker se delo medicinske sestre še vedno vrednoti glede na storilnostne dosežke: koliko postelj je postlala, koliko pacientov/-k je zjutraj uredila ipd., in manj ali skoraj nič, kako se pacienti/-ke počutijo, ali so pomirjeni, predno gredo na preiskave, kako se psihično odzivajo na bivanje v bolnišnici in zdravljenje.

Za »dobro« opravljanje poklica TZN so torej zelo pomembne lastnosti poštenost, prijaznost, biti razumevajoč/-a; izobraženost in inteligentnost sta »le« srednje pomembni. Na prvi pogled se zdi, da bo medicinska sestra delo dobro opravila, če bo razumevajoča, prijazna, vendar bi pri tem pozabili na dejstvo, da samega dela npr. urediti posteljo, brez strokovnega znanja, ne bi mogla izvesti. Če v svoje strokovno-tehnično izvajanje opravil (ureditev postelje) vnese še altruistično naravnost (pri urejanju postelje povpraša pacienta/-ko o počutju, prespani noči) pomeni, da je »dobra« medicinska sestra. Ali so anketiranim osebam bolj pomembne altruistične lastnosti kot strokovna usposobljenost? Odgovor na vprašanje bi morda dobila, če bi v anketo vključila še nekaj vprašanj, kot so: Za katero od medicinskih

sester menite, da je delo dobro opravila: medicinska sestra, ki je delo strokovno opravila, pa je bila hladna ali celo neprijazna do bolnika/-ce ali medicinska sestra, ki je bila do bolnika/-ce prijazna, razumevajoča, pa je strokovno slabša od prve? Spet je vprašanje, katero opravilo medicinska sestra opravlja; če pri menjavi infuzijske raztopine onesterili infuzijski sistem, lahko resno ogrozi zdravje pacienta/-ke, če pa je nespretna pri postiljanju postelje ali počasna v svojih opravilih, pri tem pa prijazna in topla do pacinetov/-k, bodo pacienti/-ke gotovo zadovoljni.

Ne gre za vprašanje strokovnosti niti za vprašanje altruističnih lastnosti, ki naj bi jih imele ali ne imele medicinske sestre, problem je v vrednotenju slednjih. Ali je delo res strokovno dobro opravljeno, če je rjuha na postelji napeta, medicinska sestra pa pri delu ni namenila pogleda in prijazne besede pacientu/-ki?

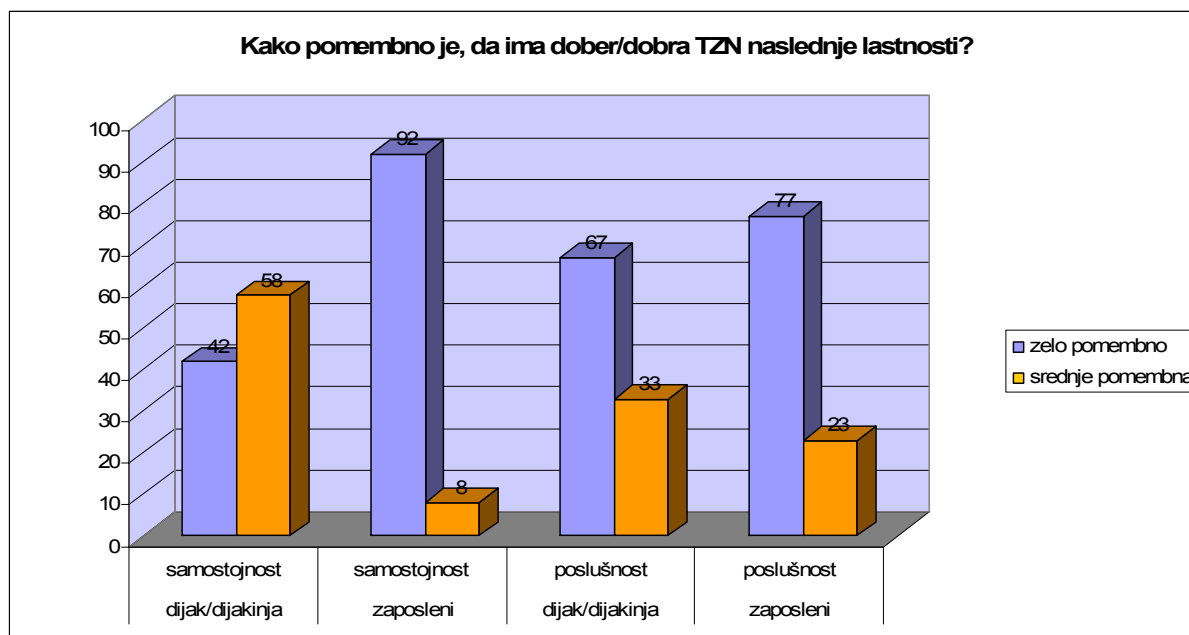
Zdravstvena nega je ena izmed dejavnosti, ki je ne odlikuje le strokovnost, tehničnost izvedbe temveč neločljivo tudi način izvedbe, ki naj vključuje pozitivne človeške lastnosti; prijaznost, spoštljivost, odločnost (ki vzbuja pri pacietnih/-kah občutek varnosti), občutek za sočloveka etc.

Izhajam iz tradicionalne vloge medicinske sestre – kot pomočnice zdravniku/-ci, ki naj bi se v sodobnosti spremenila. Z uvedbo šolanja, razširitvijo njenega obsega dela, kompetenc, z uveljavljanjem zdravstvene nege kot področja, na katerem je medicinska sestra strokovnjakinja in usposobljena za samostojne odločitve, za katere prevzema popolno odgovornost, naj bi medicinska sestra prešla iz pomočnice, v sodelavko zdravniku/-ci. Dve lastnosti, poslušnost in samostojnost deloma karakterizirata, kakšni vlogi naj bi imela medicinska sestra na delovnem mestu: pomočnica ali sodelavka.

»Poslušen«, »poslušnost« sta v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1994, str. 934) opredeljena kot »ubogljiv«, »pokoren«, »ubogljivost«, »pokornost«. Samostojen (Ibid: 1195) pa pomeni: oseba, ki dela, ravna po lastni presoji, brez vpliva, spodbude drugega.

Kako pomembni sta samostojnost in poslušnost za dobro opravljanje dela TZN, kaže graf št. 5.3.7.

Graf 5.3.7: Katere lastnosti naj bi imel/-a dober/dobra TZN? Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Samostojnost je zelo pomembna manj kot polovici dijakinj/dijakov in srednje pomembna dvainpetdesetim odstotkom.. Med zaposlenimi so odgovori drugačni, samostojnost je zelo pomembna za skoraj vse zaposlene (dvaindevetdeset odstotkov), le za eno je srednje pomembna lastnost. Poslušnost je zelo pomembna lastnost »dobre« medicinske sestre za dve tretjini dijakov/dijakinj (osem ali sedeminšestdeset odstotkov) in večino zaposlenih (sedeminsedemdeset odstotkov ali deset oseb), za tretjino dijakinj/dijakov in triindvajset odstotkov zaposlenih, je srednje pomembna. Zaradi pomena, ki ju besedi predstavljata, so me rezultati presenetili. Pričakovala sem deloma nasprotujoče si odgovore: če jim je poslušnost zelo pomembna, potem jim samostojnost ne bo in obratno. Odgovori o vrednotenju poslušnosti kot zelo pomembne lastnosti deloma potrjujejo mojo domnevo, da nekatere lastnosti, ki jih imajo/naj bi jih imele medicinske sestre, pomenijo oviro za doseganje boljšega položaja medicinskih sester na delovnem mestu.

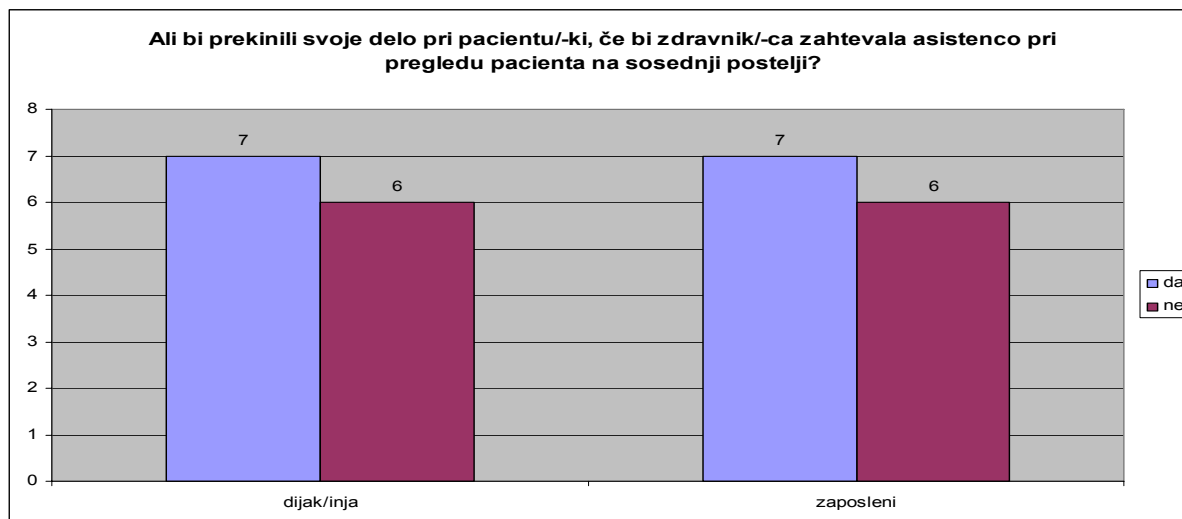
Od kod nasprotujoči si lastnosti dobita skoraj enako veljavo pomembnosti (predvsem pri zaposlenih)? Domnevam, da je pomembno, da medicinska sestra opravlja svoje delo samostojno: zna presoditi, kateri negovalni problemi se lahko pojavijo pri pacientu/-ki (npr. pri nepokretnem se lahko pojavijo preležanine) in samostojno načrtuje, kako se lahko tem problemom izogne: obračanje pacienta/-ke na dve uri ali pogosteje, če je pacient zelo debel, se poti, ima sladkorno bolezen - predvidi torej tudi dejavnike, ki vplivajo na hitrejše poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta/-ke. Poslušnost kot zelo pomembna lastnost pa se verjetno vključi v odnosu do nadrejenih: če nadrejena oseba, bodisi zdravnik/-ca bodisi visoka medicinska sestra zahteva drugačno obravnavo, se zna temu prilagoditi. Tukaj je

zaskrbljujoče, da bi ji samostojnost, kot zelo pomembna lastnost, morala narekovati, da svoje odločitve, ki jih je sprejela na podlagi samostojnosti, tudi utemelji in zagovarja in ne, da prepusti odločitve drugim. Pri tem ne vztrajam na trditvi, da se medicinska sestra vedno pravilno odloči, vsekakor je tu pomembna tudi velika mera kritičnosti do svojega znanja in svojih odločitev.

Dopuščam tudi možnost, da so morda nekatere anketiranke/anketiranci pojmovali »poslušnost« kot zmožnost, sposobnost prisluhniti pacientu/-ki, kar je popolnoma druga lastnost in kot zelo pomembna lastnost ne izključuje pomembnosti samostojnosti.

Samostojnost pri svojem delu in pripisovanje pomembnosti delu, ki ga medicinske sestre opravljajo sem preverjala tudi z vprašanjem številka 17: »TZN je sredi hranjenja pacientke (pacientka se sama ne more hraniti). Ali naj prekine svoje delo, če bi zdravnik/-ca zahtevala asistenco pri pregledu pacienta na sosednji postelji?« Prekinitev dela medicinske sestre, ker bi zdravnik/zdravnica tisti trenutek želel/-a opraviti svoje delo in pri tem potrebuje pomoč medicinske sestre, je razumljivo, kadar gre za nujna opravila, ko je resno ogroženo zdravje ali celo življenje pacienta. V tem primeru vsak zdravstveni delavec prekine svoje trenutno delo in se posveti osebi, katere zdravje ali življenje je resno ogroženo. Prekinitev dela, ki ga neka oseba opravlja, pa naj si bo kakršnokoli delo, zgolj zato, ker bi druga oseba, ki je višje izobražena, nadrejena ali kako drugače na višjem nivoju hierarhične lestvice, želela tisti trenutek opraviti svoje delo, pomeni nespoštovanje dela drugega. V primeru dela s pacientom/-ko pomeni hkrati še nespoštovanje osebnosti pacienta/-ke, pri kateri medicinska sestra opravlja delo. Pacient/-ka, ki jo oskrbuje, ji pomaga medicinska sestra, je tako »manjvredna« od osebe, ki jo bo v obravnavo vzel/-a zdravnik/-ca, če ta lahko počaka.

Graf 5.3.8: Prekinitev dela medicinske sestre na zahtevo zdravnika/-ce. (Dijakinje; N=13, zaposlene; N=13.)



Mnenja anketiranih v tem primeru so deljena. Sedem dijakinj/dijakov meni, da naj TZN prekine svoje delo, šest pa da ne. Odgovorov je skupno trinajst, ker je ena oseba obkrožila oba odgovora in tudi oba argumentirala. Med zaposlenimi so rezultati enaki, sedem bi jih prekinilo svoje delo, šest pa ne.

Razlogi prekinitve dela, ki so jih navajali dijakinje/dijaki so:

- »Verjetno bi bilo pacientki pri hranjenju neprijetno, če bi se nanaslednji postelji opravljal pregled in bi se počutila nelagodno.«
- »Z lakoto se da počakati, s preiskavo pa ne, bolje da nevarnost ugotovimo prej kot kasneje.«<sup>27</sup>
- »Hranjenje lahko počaka nekaj minut.« (dva odgovora)
- »S hranjenjem se lahko počaka.«
- »Zdravnik nima časa.«
- »Jaz lahko malo kasneje nahranim pacientko, zdravnik pa bi verjetno slabo opravil pregled, če nas ne bi bilo.«

Razlogi prekinitve dela pri zaposlenih pa so drugačni:

- »Morda je preiskava bolj nujen primer.«
- »Če bi bil pregled res nujen za pacienta in bi bila jaz edina oseba, ki bi lahko pomagala. Drugače ne bi.« (dva odgovora)
- »Če bi bila asistenca urgentna.«
- »Če bi bilo to nujno potrebno zaradi zdravstvenega stanja pacienta na sosednji postelji.«
- »Verjetno je preiskava bolj pomembna.«

Odgovori, ki jih dijakinje/dijaki navajajo kot razlog, zakaj **ne bi** prekinile svojega dela so naslednji:

- »Na oddelku so tudi druge medicinske sestre, ki lahko pomagajo.« (trije odgovori)
- »Zdravnik lahko počaka.«
- »Pacienta ne moreš pustiti sredi hranjenja!«
- »Lahko bi se prej dogovorila. Zdravnik bi lahko rekel: »Ko boste nahranili, Vas prosim, da mi pomagate.«<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Ista oseba je odgovorila tudi, da ne bi prekinila dela in argumentirala, da bi se z zdravnikom/-co prej dogovorila oziroma, da lahko zdravnik/-ca preiskavo opravi po hranjenju.

<sup>28</sup> Oseba, ki je razložila tudi, da bi prekinila svoje delo, ker se s hranjenjem lahko počaka, s preiskavo pa ne.



Odgovori, ki jih zaposlene navajajo kot razlog, zakaj **ne bi** prekinile svojega dela, pa so:

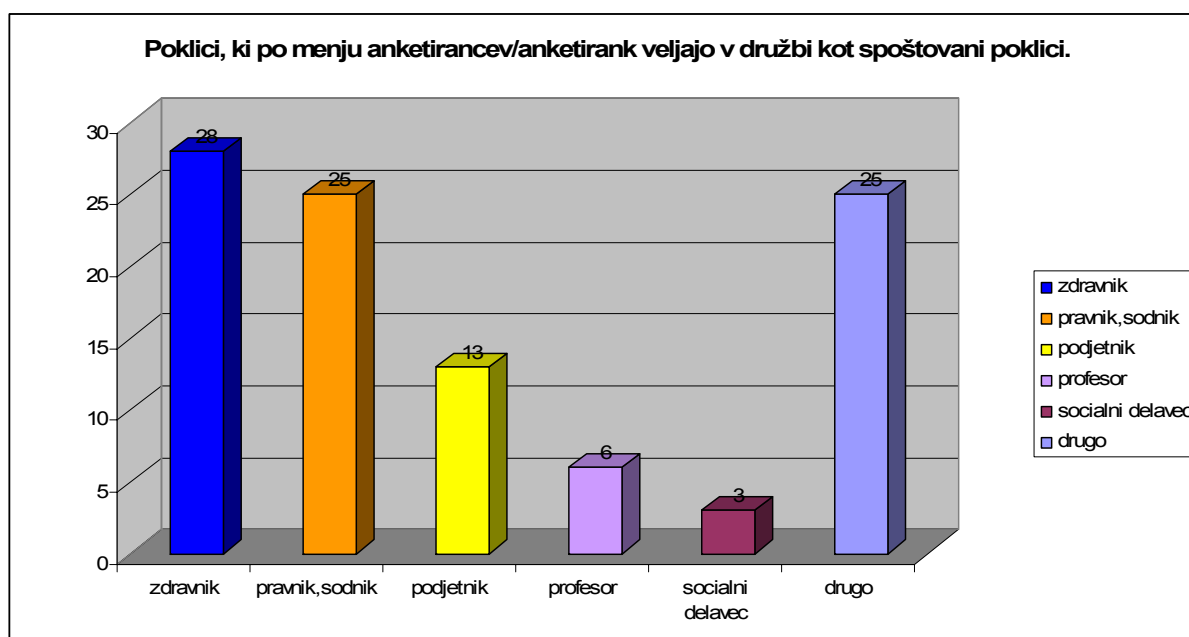
- »Ne bi, bi pa prekinila samo v nujnem primeru.« (dva odgovora)
- »Nisem edina na oddelku.«
- »Pacientko lahko pogleda zdravnica tudi sama.«
- »Samo hranjenje je bolj pomembno od pregleda.«
- »Končati se mora eno delo, da lahko pristopimo in začnemo z drugim.«

Pri oblikovanju vprašanja sem izhajala iz človekovih osnovnih potreb, med katere sodi potreba po hranjenju. Hkrati vemo, da na potek hranjenja vplivajo mnogi dejavniki, ki lahko delujejo negativno ali pozitivno. Pri pacientih/-kah se pogosto pojavljajo motnje hranjenja, neješčnost, katere razlogi so številni: zmanjšan apetit zaradi bolezni same, bolnišnično okolje, morda predpisana dieta, sama priprava hrane ali celo živilo, katerega uživanja pacient/-ka ni vajen/-a etc. Poleg tega je proces hranjenja tudi socialni dogodek, ki v bolnišnici zaradi okolja in ljudi, ki pacienta/ko obkrožajo in s katerimi običajno ni v tesnih medsebojnih odnosih, izgubi svoj pomen. Tako občutljivi človekovi potrebi, ki je lahko vzrok poslabšanja zdravstvenega stanja, glede na rezultate ankete, medicinske sestre pripisujejo premajhen pomen, prevelikega pa zdravnikovemu delu.

Če bi želela dobiti bolj natančne podatke o pripravljenosti prekiniti svoje delo, bi morala v vprašanje očitno vključiti »nujnost« pregleda pri pacientu/-ki. Pri oblikovanju vprašanja sem izhajala iz dejstva, da bi v primeru spremenjenega stanja (»nujnost« pregleda!) pacienta/-ke, zdravnik/-ca že pri viziti opravil/-a pregled, če pa bi do spremembe - poslabšanja stanja prišlo v teku dneva, pa bi medicinska sestra poklicala zdravnika/-co, naj opravi pregled in v tem primeru počakala s hranjenjem, ali pa bi hranjenje prevzela druga medicinska sestra. Vsekakor je razumljivo, da če bi se pojavilo urgentno stanje, ki bi zahtevalo pregled in posledično tudi ukrepanje zdravnika/-ce, bi vsaka medicinska sestra prekinila hranjenje in bi pacient/-ki (če bi ji le lahko) tudi razložila vzrok prekinitve. V takem primeru »zahteva« po asistenci (ki je nakazana v vprašanju) niti ne bi bila izražena, saj bi medicinska sestra sama pristopila k osebi, pri kateri je nastopilo urgentno stanje, ki zahteva takojšno obravnavo.

Na odločanje za poklic nedvomno vpliva tudi ugled, ki ga ima v širši družbi. Zanimalo me je, ali dijakinje/dijaki v času šolanja opažajo in dojemajo, da je njihovo delo, poklic spoštovan ali nespoštovan. Vprašanje o poklicih, ki v družbi veljajo kot spoštovani poklici, sem zastavila dijakinjam/dijakom. Napisali naj bi tri poklice, za katere menijo, da v družbi veljajo kot spoštovani poklici. Ena oseba od dvanajstih ni napisala nobenega poklica, tri osebe so napisale samo dva poklica.

*Graf 5.3.9: Poklici, ki po mnenju dijakinja/dijakov veljajo v družbi za spoštovane poklice. Odgovori so prikazani v odstotkih. (N=12)*



Anketiranci/-ke med spoštovane poklice uvrščajo na prva tri mesta:

- zdravniški poklic (osemindvajset odstotkov odgovorov),
- odvetniški poklic (petindvajset odstotkov) in
- delovno mesto podjetnika (trinajst odstotkov).

V kategorijo »drugo« sem uvrstila poklice oziroma delovna mesta, ki so bila omenjena enkrat: minister, selektor nogometne reprezentance ipd., in »brez odgovora«.

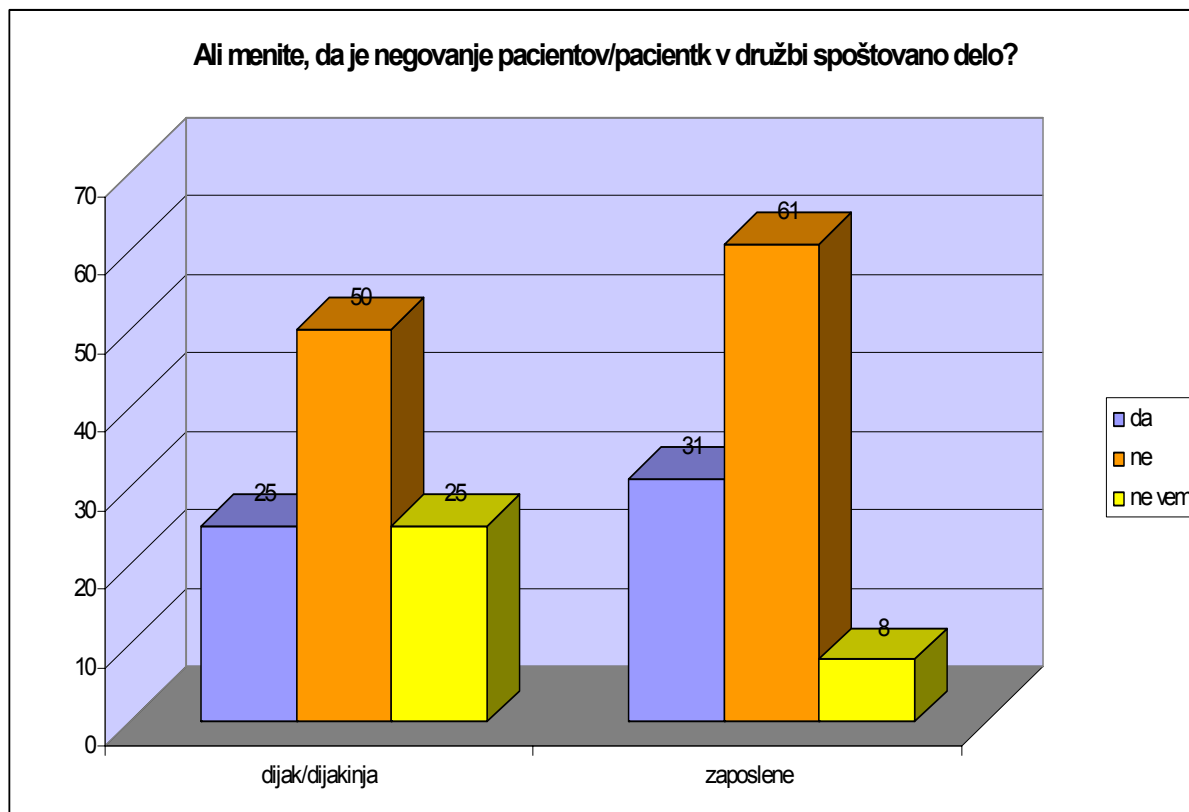
Nihče izmed anketiranih ni uvrstil svojega bodočega poklica – TZN, med spoštovane poklice.

Poklic zdravnika še vedno uživa velik socialni ugled, skoraj največji v družbi (Ule, 2003: 281).

Koliko spoštujejo in vrednotijo svoje delo/poklic, sem deloma preverjala z vprašanji »Naštete tri poklice za katere mislite, da veljajo v družbi kot spoštovani poklici.«, »Ali menite, da je negovanje pacientov/pacientk v družbi spoštovano delo?« in »Ali ste kdaj od oseb v družbi slišali kakšno negativno opazko na račun Vašega (bodočega) poklica?«.

Ali je negovanje – delo TZN v družbi spoštovano ali ne, sem spraševala tako dijakinje/dijake kot zaposlene.

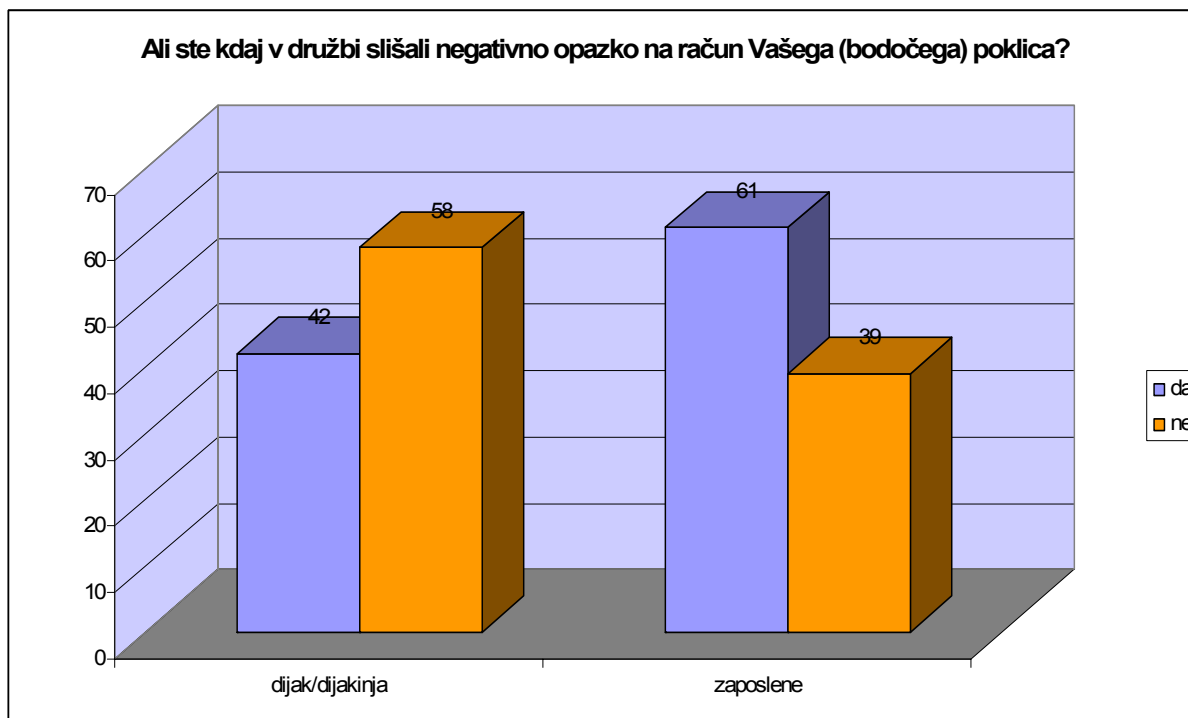
Graf 5.3.10: Mnenje anketiranih o spoštovanju njihovega dela v družbi. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Polovica dijakinj/dijakov in več kot polovica zaposlenih (enainšestdeset odstotkov) je mnenja, da delo ni spoštovano. Petindvajset odstotkov dijakinj/dijakov jih meni, da je spoštovano in prav toliko jih ne ve, ali je delo v družbi spoštovano ali ne. Štiri zaposlene (enaintrideset odstotkov) so mnenja, da delo je spoštovano, ena oseba je obkrožila odgovor »ne vem«.

Ker me je zanimalo tudi, kaj je bila osnova njihovemu mišljenju o (ne)spoštovanju dela TZN v družbi, sem zastavila vprašanje o »dokazih«, negativnih opazkah, ki so jih morda v družbi slišali na račun svojega poklica, dela.

Graf 5.3.11: Izražanje negativnih opazk v družbi, glede poklica TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Dvainštirideset odstotkov dijakinj/dijakov (pet oseb od dvanajstih) in več kot polovica zaposlenih (enašestdeset odstotkov) je na račun svojega (bodočega) poklica, v družbi že slišalo kakšno negativno opazko, od katerih so bile:

- »neprijaznost medicinskih sester«, štirje odgovori,
- »malomarno, nestrokovno opravljeno delo«, trije odgovori,
- »osebje se ne zanima za paciente«, dva odgovora,
- »neorganizirost«, dva odgovora,
- »osebje se premalo ceni«, dva odgovora.
- »Premalo plačano delo«,
- »pije se samo kava«,
- »kako lahko umivaš druge«, in
- »delo tzn, nočno delo, je težko uskladiti z družino« so bili navedeni enkrat.

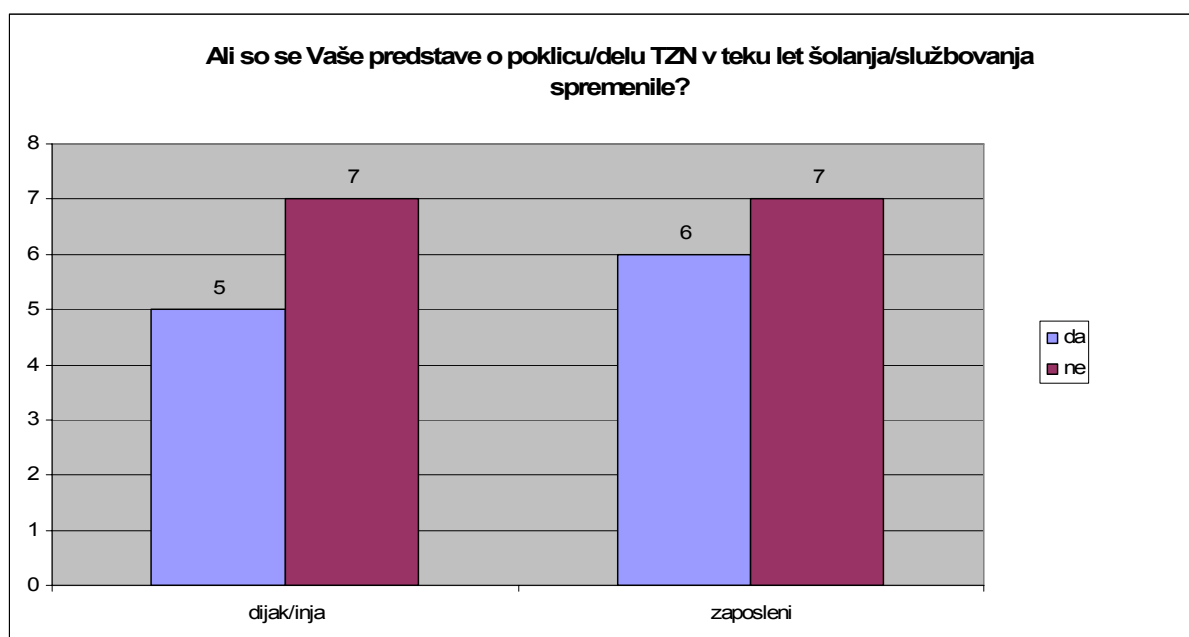
Oblikovanje identitete posameznika je tudi proces družbenega samoumeščanja subjekta. Posameznikovi konflikti z družbo, se nujno prenašajo v njegov odnos do sebe. Jaz je vselej zaznamovan z drugim. (Nastran-Ule, 2000: 95) Za Eriksona je odločilna doba v razvoju identitete doba

adolescence. V tej dobi gre dejansko za oblikovanje jaz identitete, zato jo karakterizira nasprotje med *potrditvijo identitete in difuzijo indentitete*. Krizo identitete v adolescenci označujejo intenziven razvoj duševnih in telesnih sposobnosti in večja pričakovanja družbe glede dejanj, odločitev in načinov sprejemanja socialnih vlog. Pozitivna razrešitev zahteva, da posameznik sprejme samega sebe, pa tudi, da drugi sprejmejo njega in da dobi priznanje za svoja dejanja in podporo pri prizadevanjih za samostojno vključitev v družbo. Izguba identitete oziroma difuzija identitet nastane tedaj, ko posameznik ne more integrirano in celostno ustreči potrebi po *fizični intimnosti*, zahtevam po izbiri poklica, zahtevi po sodelovanju v družbenem ugledu in po psihosocialni definiciji sebe (Erikson, 1973:155 v Nastran-Ule, 2000: 131). V adolescenci se mladi spoprijemajo z različnimi socialnimi definicijami, ki jim jih daje družbeno okolje. Mladi se borijo proti tej socialni kategorizaciji, ali pa jo sprejemajo in se z njo identificirajo. (Nastran-Ule, 2000: 130-131, 142)

Negativne opazke na račun poklica in nizko vrednotenje poklica v družbi ima predvsem na mlade lahko neugodne posledice, kot so, nizko poklicno samospoštovanje, nespoštovanje lastnega poklica in dela in s tem tudi sebe, kot osebe, ki to delo opravlja, nizka samopodoba, kasneje pa nezadovoljstvo na delovnem mestu etc.

V nadaljevanju so me zanimale predstave anketiranih o poklicu in delu.

Graf 5.3.12: Spremembe predstave o poklicu v teku šolanja/sluzbovanja. . (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Predstave o poklicu in delu TZN so se v teku šolanja/sluzbovanja pri manj kot polovici anketiranih dijakov/dijakinj kakor tudi pri zaposlenih spremenile, pri sedmih anketiranih v vsaki skupini, pa ne. Pri tem me je zanimalo še, kako so se predstave spremenile. Anketirane osebe največkrat navajajo, da so se predstave spremenile »na slabše«.

Pri spremembi predstave dijakinje/dijaki navajajo :

- »teorija se zelo razlikuje od prakse«,
- »preveč dela je«,
- »predstave o poklicu in delu so se spremenile na slabše«,
- »nič ni tako kot sem mislila, da je«,

zaposlene pa:

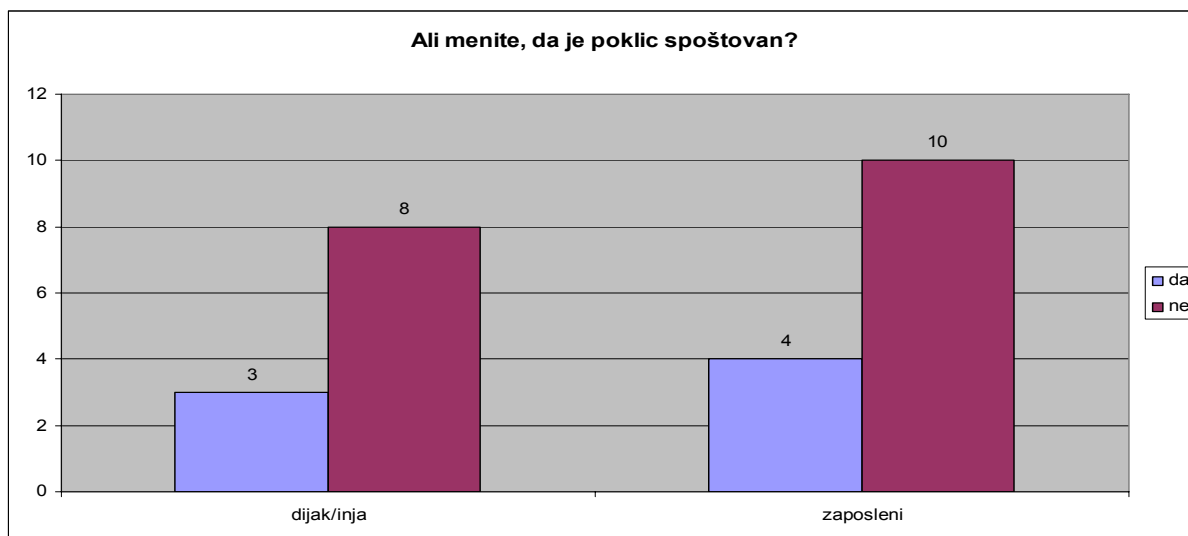
- »poklic ni več spoštovan, imamo vse manj pravic«,
- »na slabše«,
- »delo sem si predstvaljala med pacienti, ne med papirji«,
- »veliko je pisarije«,
- »na slabše: delo je premalo spoštovano«,
- »delo je vse manj spoštovano, vse več je administracije in vse manj dela s samimi pacienti/kami«.

Ponovila sem vprašanje o spoštovanju<sup>29</sup> poklica tako, da sem anketirane vprašala o njihovem mnenju o spoštovanosti poklica (vprašanje v začetku ankete se nanaša na prevladujoče mnenje v družbi o negovanju – delu TZN kot spoštovanemu delu).

---

<sup>29</sup> Spoštovan; imeti, kazati do koga zelo pozitiven odnos zaradi njegove moralno utemeljene veljave, vrednosti.(SSKJ, 1994: 1285)

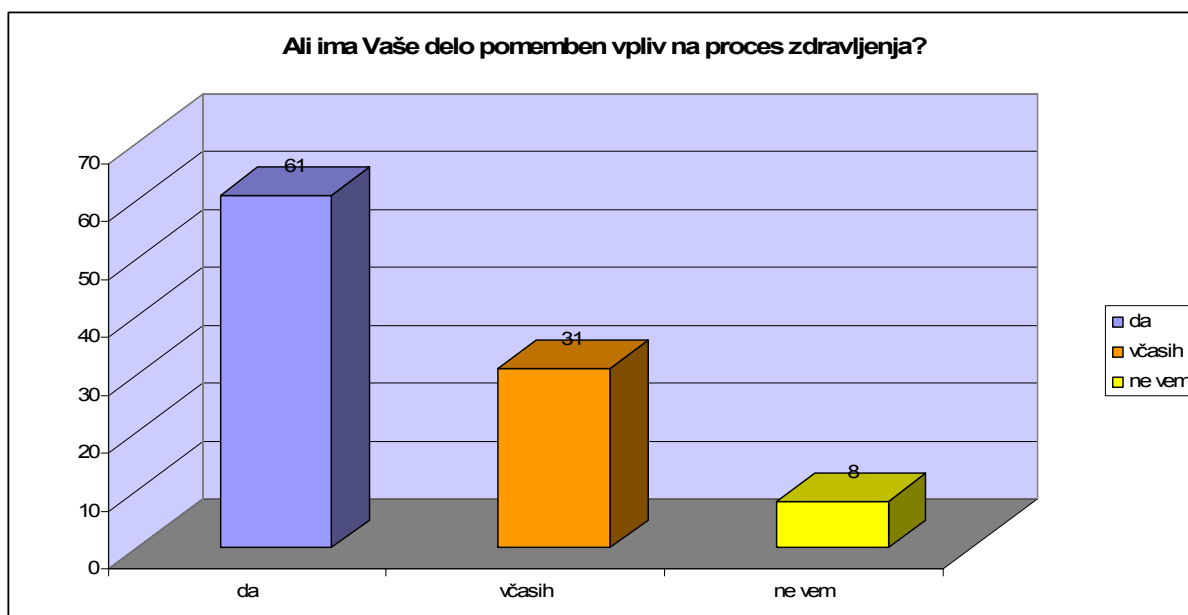
Graf 5.3.13: Spoštovanost poklica TZN. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Dijakinje/dijaki in zaposleni imajo približno enako mnenje: večina (osem dijakinj/dijakov in deset zaposlenih) jih meni, da poklic ni spoštovan, tri dijakinje/dijaki in štiri zaposlene, da je poklic TZN spoštovan poklic. S tem sem preverjala tudi veljavnost odgovorov na vprašanje »Ali menite, da je negovanje pacientov/-k v družbi spoštovano delo?« Odgovori se ujemajo, enako število oseb meni, da poklic ni spoštovan. Anketirani so torej mnenja, da poklic nima take veljave, kot bi si jo zaslužil.

Kako zaposleni sami vrednotijo svoje delo, nakazujejo odgovori na vprašanje »Ali ima Vaše delo pomemben vpliv na potek zdravljenja (hitrejša ozdravitev, manj zapletov pri zdravljenju,...)?«

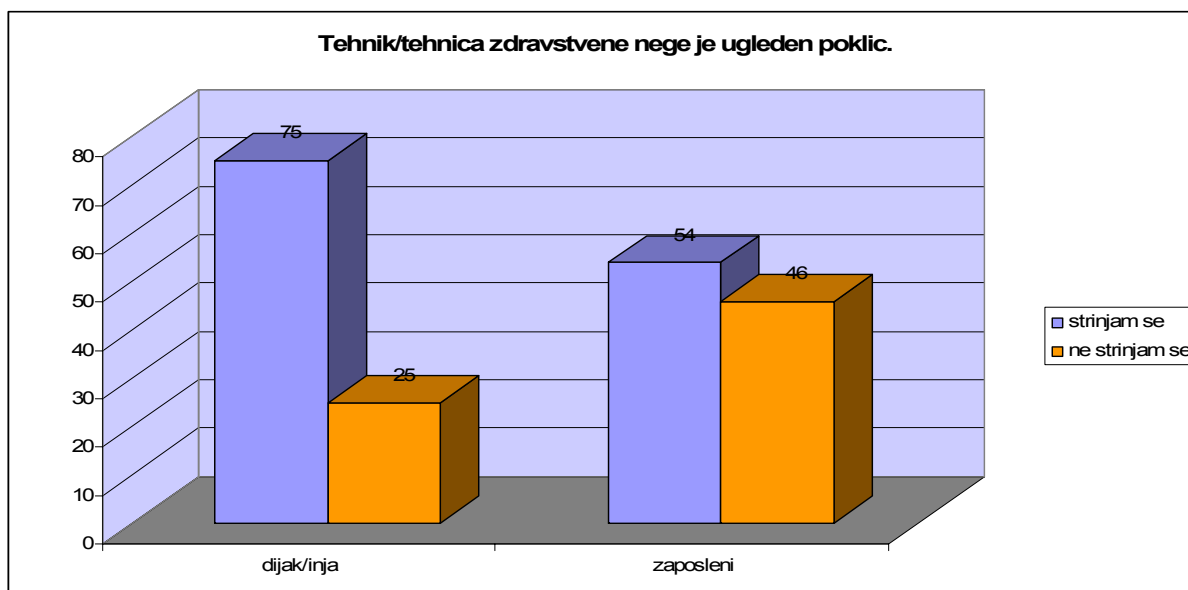
Graf 5.3.14: Vpliv dela TZN na proces zdravljenja. (N=13)



Večina zaposlenih (enainšestdeset odstotkov) jih je mnenja, da ima zdravstvena nega pomemben vpliv na proces zdravljenja, štiri ali enaintrideset odstotkov, da samo včasih pomembno prispevajo k procesu zdravljenja, ena oseba (osem odstotkov) meni, da njihovo delo nima pomembnega vpliva. Ozdravitev ali vsaj doseganje najboljšega možnega nivoja zdravja je cilj vsakega pacienta/-ke, omogočiti kar najhitrejšo doseganje tega, pa cilj tistih, ki sodelujejo v procesu zdravljenja. In kje v tem procesu so medicinske sestre? Florence Nightingale je s spremembno negovalnih postopkov, z uvedbo preprostih higienskih in drugih negovalnih postopkov, pomembno zmanjšala smrtnost ranjenih in bolnih vojakov. Pravilen postopek čiščenja rane prepreči okužbo rane in podaljšanje procesa zdravljenja, pravilno postiljanje postelje, obračanje nepokretnih pacientov/-k na dve uri, skrbna higiena kože (dobro obrisana koža),... pomenijo zmanjšanje možnosti nastanka preležanin, primerno oblečen pacient/-ka pomeni preprečevanje dodatne možnosti okužbe, zagotovitev ustreznega položaja pacientu/-ki lahko zmanjša bolečine, kar ugodno deluje na proces zdravljenja, hranjenje pacienta/-ke in skrb za njegovo/njeno hidracijo pomeni hitrejše okrevanje, saj je telo preskrbljeno z osnovnimi hranilnimi snovmi... in še bi lahko naštevala. Vse to so negovalni postopki. Za vse te osnovne človekove potrebe skrbi medicinska sestra. Vsak dan znova ohranja in pomaga pri izboljšanju pacientovega/pacientkinega zdravstvenega stanja. Medicinska sestra (kot ostali zdravstveni delavci) je ne samo pomemben temveč nepogrešljivi del v procesu zdravljenja. Zaskrbljujoče je torej dejstvo, da štiri medicinske sestre menijo, da samo včasih pripomorejo k ozdravitvi ena pa celo meni, da njeno delo nima vpliva na proces zdravljenja.

O uglednosti poklica TZN se mnenja dijakinj/dijakov razlikujejo od mnenj zaposlenih.

*Graf 5.3.15: Uglednost poklica TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)*

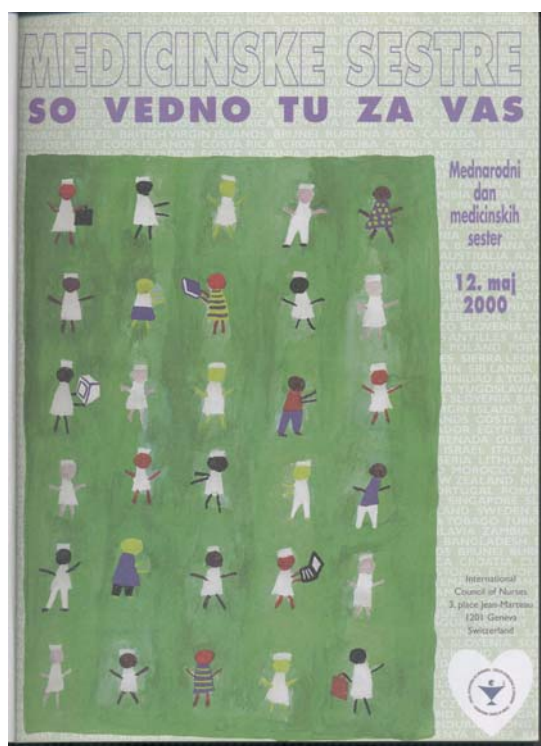




Večina dijakinj/dijakov (kar petinsedemdeset odstotkov) in polovica zaposlenih (štiriinpetdeset odstotkov) jih meni, da je poklic ugleden. S trditvijo o uglednosti poklica se ne strinja četrtnina (tri) dijakinj/dijakov in skoraj polovica (šetinštirideset odstotkov), šest zaposlenih.

Ali je poklic ugleden ali ne, je odraz njihovih sprejemanj predstav v širši družbi. Ne preseneča, da je več dijakinj/dijakov mnenja, da je poklic ugleden, saj so glede na delovne izkušnje, ki jih pridobivajo zgolj pri praktičnem pouku ali v teku počitniškega dela, njihove predstave bolj pod vplivom idealov in medijev, ki večkrat prikazujejo poklic medicinske sestre idealizirano. Če ugled (po SSKJ, 1994: 1446) pomeni zelo dobro mnenje, ki ga ima več ljudi o kom zaradi njegovih lastnosti, dejanj, potem bi se strinjala, da v splošnem poklic medicinske sestre uživa ugled v širši družbi (na kar nakazujejo tudi mediji), saj po svoji naravi vključuje »pomoč drugemu«, kar je ugledna lastnost določenega poklica.

Slika 5.3.1: Reklamni plakat ob mednarodnem dnevu medicinskih sester (Vir: Obzor Zdr N, 2000: 4)



Slika 5.3.2: Reklamni oglas. (Vir: Obzor Zdr N, 2000: 4)



**Le kje najdejo čas?**

Vaši kolegi ne izgubljajo časa s sterilizacijo in pripravo instrumentov ter pripomočkov, ki jih uporabljate pri dializi, kateterizaciji, ustni negi ter pri drugih ambulantnih in operativnih posegih.  
Večina uporablja **sete za enkratno uporabo** s katerimi **prihranijo veliko dragocenega časa**

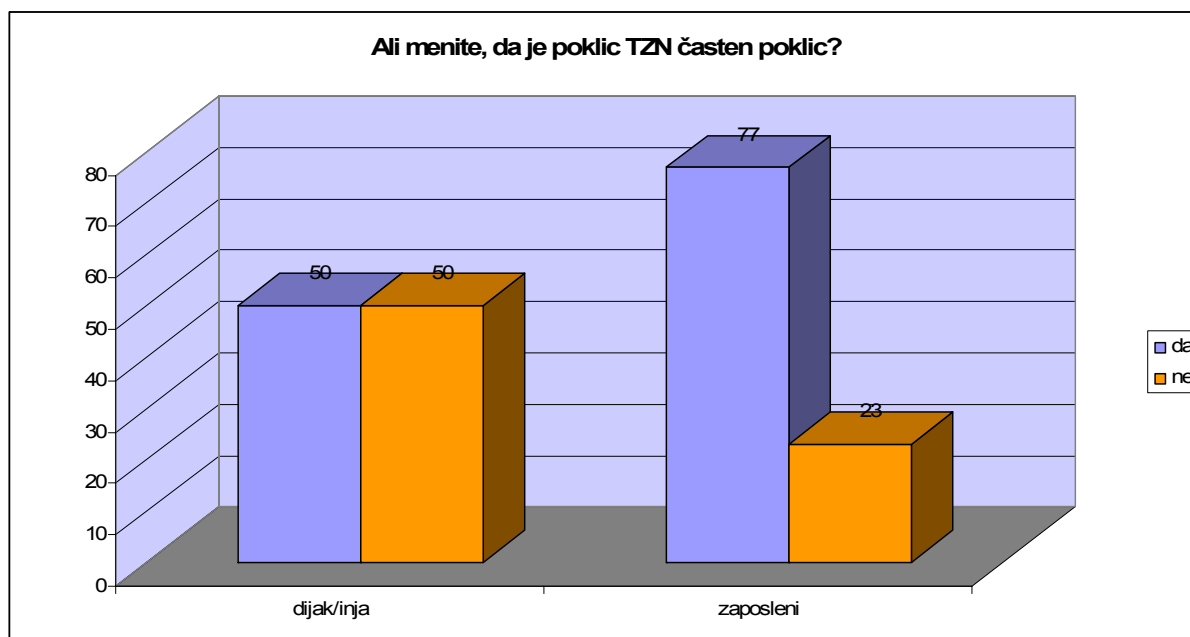
Preizkusite Tosamize sete za enkratno uporabo. Rok trajanja je 5 let.  
Vse nadaljine informacije po telefonu: 01/ 72 14 611.

**TOSAMA**

Zaposleni, ki deset ali več let opravljajo poklic in so torej v tesnem stiku z uporabniki njihovih storitev ali svojci uporabnikov, pa imajo verjetno bolj izoblikovano realno podobo poklica TZN v očeh družbe.

Da je altruizem lastnost, ki je prisotna (pri večini) medicinskih sester, lahko sklepam iz odgovora na vprašanje o častnosti poklica.

*Graf 5.3.16: Častnost poklica TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)*

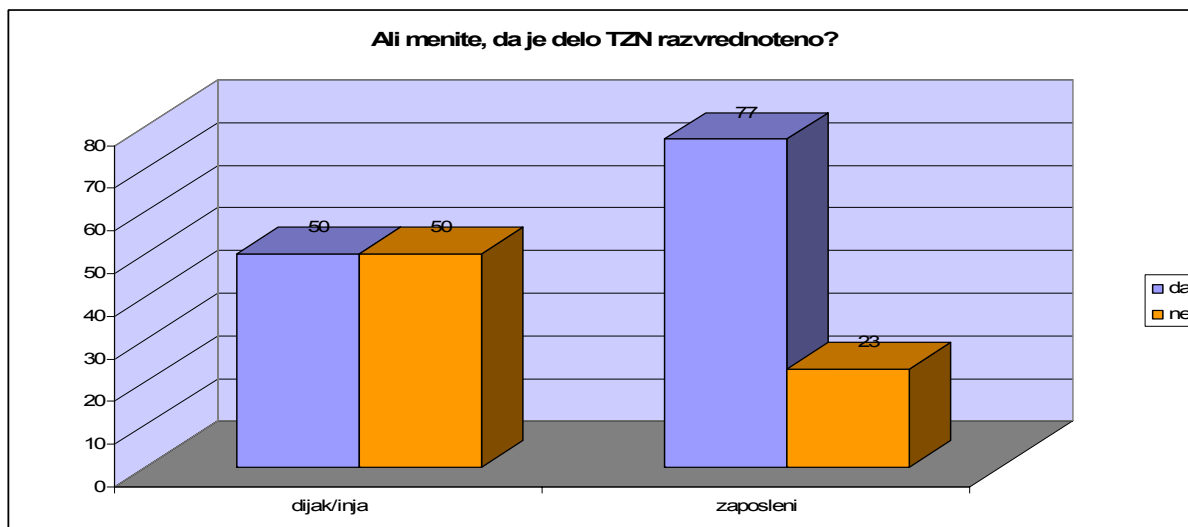


Polovica dijakinj/dijakov in večina zaposlenih (sedeminsedemdeset odstotkov) je mnenja, da je poklic časten, polovica dijakinj/dijakov in samo tri zaposlene (triindvajset odstotkov) menijo, da ni.

Kljub temu, da številni odgovori nakazujejo, da poklic nima prave veljave, spoštovanja in uglednosti v družbi, je skrb za bolnega in nudenje pomoči tistim, ki jo potrebujejo, po mnenju predvsem zaposlenih, torej tistih, ki delo dejansko opravljajo, častno delo.

S podobnim vprašanjem o vrednotenju poklica, ki vključuje spoštovanje in ugled poklica v družbi, sem želela preveriti veljavnost odgovorov na vprašanji o spoštovanju in uglednosti.

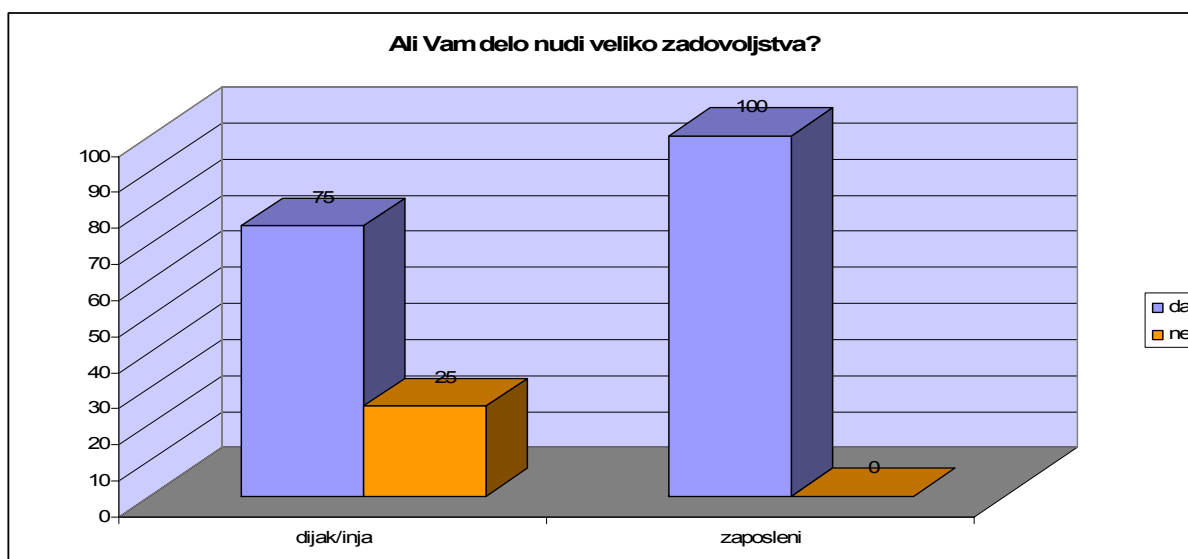
Graf 5.3.17: Ocena vrednosti dela TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Pri ocenah vrednosti dela so bili odgovori enaki kot pri ocenjevanju uglednosti poklica. Polovica dijakinj/dijakov in večina zaposlenih (sedemdeset odstotkov) je mnenja, da je delo razvrednoteno. Polovica dijakinj/dijakov in tri zaposlene (triindvajset odstotkov) menijo, da ni.

Če na kratko povzamem stališča zaposlenih, poklic je za več kot polovico oseb ugleden, za večino časten, ni pa spoštovan in delo je razvrednoteno. Pa ga (bodoče) medicinske sestre kljub nespoštovanju in razvrednotenju rade opravljajo?

Graf 5.3.18: Zadovoljstvo pri delu. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Ne glede na spoštovanost in uglednost poklica, se večina dijakinj/dijakov (petinsedemdeset odstotkov) in prav vse zaposlene strinjajo s trditvijo, da poklic, opravljanje dela TZN, daje veliko zadovoljstva. Odgovori nakazujejo na visoko vsebnost altruizma tako pri zaposlenih kot pri dijakinjah/dijakih, ki se šele šolajo za poklic TZN. Pomoč pacientom/pacientkam, ki jih le-ti potrebujejo, jih zadovoljuje ne glede na mnenje družbe o njihovem poklicu in delu.

Ali medicinske sestre in bodoči TZN vrednotijo svoje delo in kako velik pomen mu pripisujejo, sem preverjala tako, da sem jih vprašala o pomembnosti posameznih opravil. Ocenjevali so pomembnost opravil pri pacientu/-ki, ki ni v življenjski nevarnosti, saj je pri pacientih/pacientkah v življenjski nevarnosti v ospredju medicinska oskrba, ki vključuje veliko več tehničnih opravil in podporo aparatov, kot sama zdravstvena nega. Skrb je usmerjena bolj v ohranjanje življenja in življenjsko pomembnih funkcij (dihanje, bitje srca,...), ostale osnovne življenjske potrebe pa so temu podrejene, oziroma so sekundarnega pomena. Pri tovrstnih pacientih je v ospredju diagnostično terapevtski program, katerega nosilec/nosilka je zdravnik/-ca, izvajalci/-ke pa so deloma zdravniki/-ce, deloma medicinske sestre.

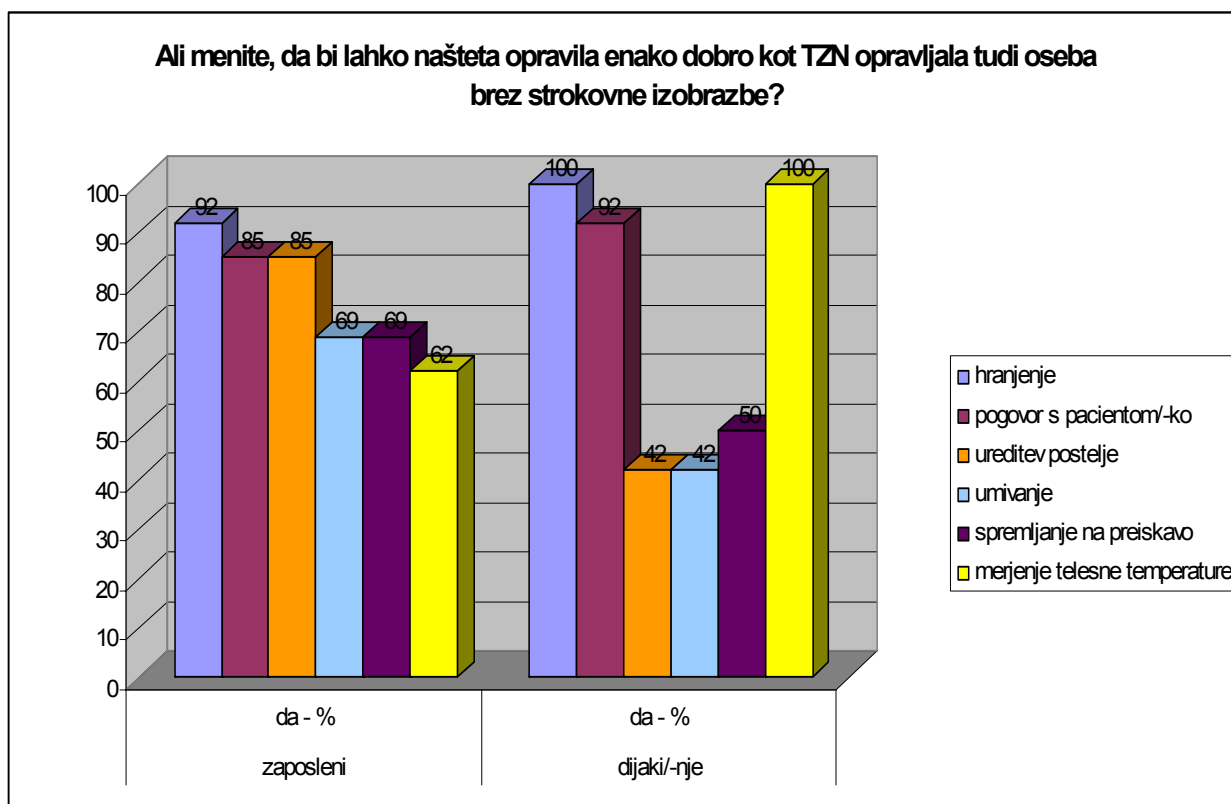
Vrednotenje lastnega dela odraža mnenje o pomembnosti strokovne izobrazbe, potrebne za izvajanje določenega opravila. Opravila, za katera vse razen ene anketirane osebe menijo, da jih lahko opravljajo samo tehniki/tehnice zdravstvene nege ali višje strokovno izobražene osebe, so:

- pojasnjevanje zdravstvenih informacij,
- asistenca pri posegih, ki jih izvaja zdravnik/zdravnica,
- asistenca pri preiskavah
- in nastavitve infuzije.

Opravila, ki sodijo v delokrog TZN, večina anketiranih pa meni, da bi jih enako dobro kot oni sami – opravljale osebe, ki bodo, oziroma, ki imajo strokovno izobrazbo, opravljajo tudi osebe brez strokovne izobrazbe, torej laiki, so naslednja:

- hranjenje
- pogovor s pacientim/-ko,
- ureditev postelje,
- umivanje,
- spremljanje na preiskavo,
- merjenje telesne temperature.

Graf 5.3.19: Opravila, ki sodijo v delokrog TZN in jih enako dobro kot TZN lahko izvaja tudi oseba brez strokovne izobrazbe. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Zaposlene, N=13, dijaki/-nje, N=12)



Hranjenje in pogovor s pacientom/-ko sta opravili, za kateri vse razen ene zaposlene in vse dijakinje/dijaki menijo, da ju lahko opravljajo tudi laiki.

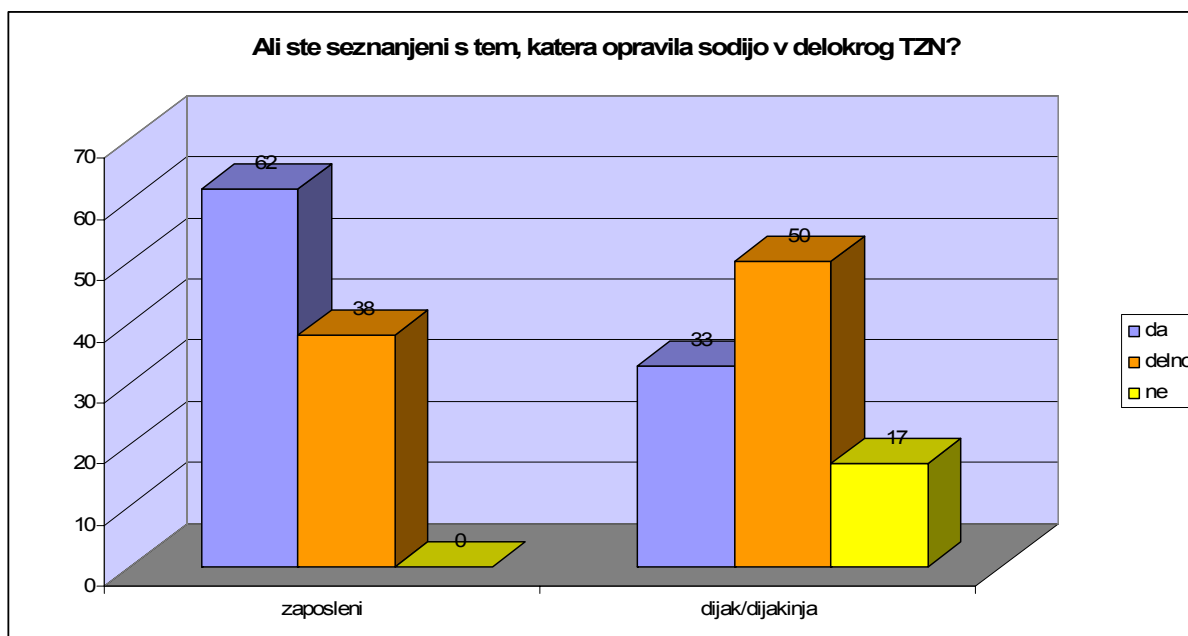
Eno izmed takšnih opravil je po mnenju zaposlenih tudi ureditev postelje, medtem ko so dijakinje/dijaki drugačnega mnenja, le pet jih meni, da jo enako dobro lahko uredi tudi laik. Podobne odgovore najdem pri umivanju, devet zaposlenih in le pet dijakinj/dijakov meni, da pacienta/-ko enako dobro kot oni sami, lahko umije laik. Devet zaposlenih in šest dijakinj/dijakov meni, da paciente/-ke lahko spremlja na preiskavo oseba brez strokovne izobrazbe. Zelo različnega mnenja so zaposlene in dijaki/dijakinje glede merjenja telesne temperature: osem zaposlenih in vse dijakinje/dijaki so mnenja, da je to opravilo, ki ga lahko enako dobro kot strokovno usposobljene osebe, izvajajo tudi laiki.

V nalogi (str. 47, 48) navajam izsledke raziskav, ki pišejo, da medicinske sestre definirajo svoje delo z opravljanjem tehničnih storitev, da jim napredovanje in razvoj pomenita izpopolnjevanje svojih tehničnih spretnosti, (po Scott, 1996: 56), da poklicno identiteto gradijo na aktivnostih, za katere niso v celoti kompetentne, zanemarjajo pa področja, za katera so usposobljene kot strokovnjakinje in vodilne (po Gastmans, 1999: 220).

Iz odgovorov lahko sklepam, da tudi anketirane poklicno identiteto gradijo na opravljanju tehničnih storitev (nastavitev infuzije) in sodelovanje v diagnostično terapevtskem programu (katerega nosilec/nosilka je zdravnik/zdravnica!) kajti menijo, da so to opravila, za katera je potrebna strokovna izobrazba. Pri opravljanju teh storitev se ločijo od drugih oseb (ki strokovno niso usposobljene), ki tovrstnih opravil ne morejo opravljati, saj nimajo za to potrebne izobrazbe. Vzdrževanje in pomoč pacientu/-ki pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, kot sta hranjenje in umivanje, lahko opravljajo **enako dobro** kot one same, laiki. Vzdrževanje in pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb, ki je osnova dela, poklica medicinske sestre, je del zdravstvene nege in to tisti del, pri katerem je medicinska sestra kompetentna za samostojno načrtovanje in opravljanje dela. In za ta del anketirane menijo, da bi ga (posplošujem) lahko opravljali laiki, kar nakazuje na nizko vrednotenje opravil, pri katerih so medicinske sestre samostojne in imajo pravico pobude in nadzora, pripisujejo pa večjo vrednost delu po naročilu zdravnika /-ce – diagnostično-terapevtskim posegom.

Ali so dijakinje/dijaki oziroma zaposleni seznanjeni s tem, kaj naj bi na delovnem mestu opravljali, katera dela sodijo v njihov delokrog?

Graf 5.3.20: Seznanjenost (bodočih) tehnikov/tehnic z obsegom njihovih del in nalog. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Zaposleni se očitno bolj zavedajo, kaj so njihove naloge in dolžnosti, saj jih je več kot polovica (osem ali dvainšestdeset odstotkov) odgovorilo z »da«, ter pet (osemintrideset odstotkov) z »delno«. Vse so torej vsaj delno seznanjene z opravili, ki sodijo v njihov delokrog. Pri dijakinjah/dijakih so odgovori drugačni,

samo tretjina (štirje odgovori) je odgovorila z »da, polovica (šest oseb) je »delno« in sedemnajst odstotkov (dve oseb) ni seznanjenih z opravili, ki sodijo v njihov delokrog.

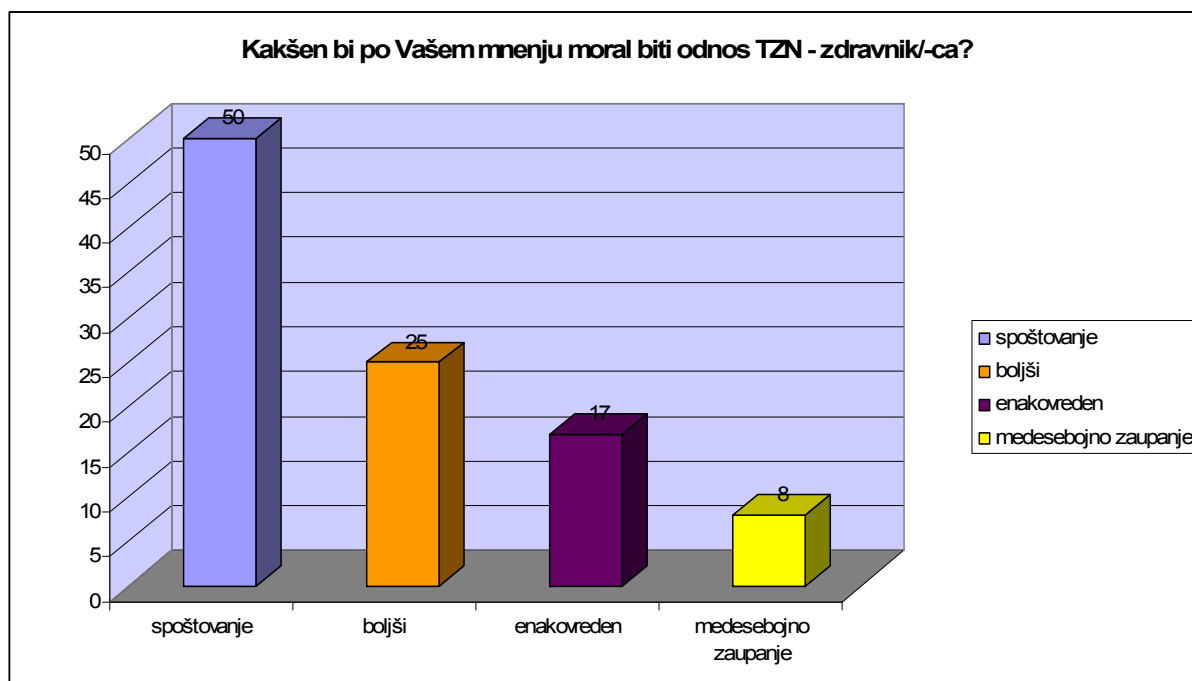
Seznanjenost z opravili in nalogami, ki sodijo v delokrog TZN se mi zdi pomembna z vidika časa, ki ga medicinske sestre namenjajo določenim opravilom in z vidika sprejemanja odgovornosti. Na primer, če medicinska sestra prevzame delo zdravnika/-ce: uvajanje endotrahealnega tubusa, pomeni, da ima manj časa za opravljanje drugih (svojih pomembnih opravil) hkrati pa odgovarja za morebitne težave, ki bi se lahko pri endotrahealni intubaciji pojavile in za katere dejansko ni odgovorna. Po obsegu del in nalog, tovrstnega posega ne bi smela izvajati, saj zanj ni strokovno usposobljena. Nejasnosti v zvezi z nalogami, opravili, ki sodijo v delokrog določenega poklica, pomenijo tudi nejasnost pri vrednotenju teh opravil.



Pri naslednjem sklopu vprašanj sem se dotaknila hierarhične ureditve odnosov na delovnem mestu – v zdravstvu, pri čemer izhajam iz predpostavke, da je odnos med zdravnikom/zdravnico in medicinsko sestro hierarhičen. Deloma temelji hierarhija na različni strokovni usposobljenosti zdravnika/zdravnice in medicinske sestre, vendar pa se tovrstna hierarhičnost brez participacije delavcev pri odločanju praviloma obnese le pri nemotiviranih delavcih z nizko kvalifikacijo in izobrazbeno strukturo (po Pahor, 1989: 55), kamor medicinskih sester ne moremo uvrstiti. Hierarhija v zdravstvu ima osnovo predvsem v stereotipni predstavi in tradicionalnem vzorcu medicinske sestre kot matere in tako pomočnice zdravniku/očetu (po Miles, 1991: 129).

Najprej me je zanimalo, kakšen naj bi bil odnos med TZN in zdravnikom. Spraševala sem dijakinje/dijake.

*Graf 5.3.21: Kakšen naj bi bil odnos med TZN in zdravnikom/zdravnico – mnenje dijakinj/dijakov. Odgovori so izraženi v odstotkih. (N=12)*

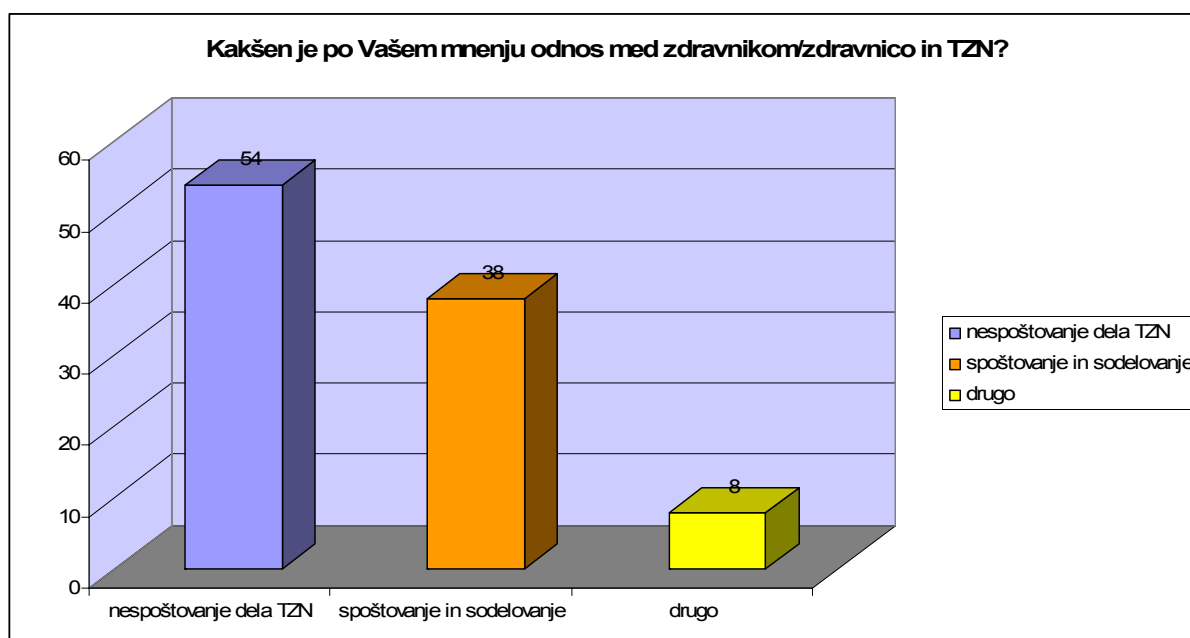


O vprašanju odnosa med tehnikom/tehnicno zdravstvene nege in zdravnikom/zdravnico, je polovica dijakinj/dijakov mnenja, da bi se morala med seboj spoštovati (šest odgovorov), četrtnina dijakinj/dijakov (tri osebe) je mnenja, da naj bi bil odnos med njima preprosto boljši, sedemnajst odstotkov (dve osebi) jih meni, da bi morala biti med seboj enakovredna in ena oseba, da bi moralo med njima vladati zaupanje.

Dijakinje/dijaki si želijo, da bi med medicinskimi sestrami in zdravniki vladalo medsebojno spoštovanje, zaupanje in enakovreden odnos. Če se dotaknem osebnih izkušenj, ki sem jih doživela kot dijakinja srednje zdravstvene šole na praktičnem pouku, lahko potrdim, da smo dekleta večkrat kot ne doživela nespoštljiv odnos, tako do nas kot do našega dela: na hodnikih od zdravnikov/zdravnic na pozdrav nismo dobile odgovora, glede dela pa, tudi če smo bile sredi dela, ko je zdravnik/-ca stopil/-a v sobo, smo morale sobo zapustiti ali stopiti v stran, pa čeprav je zdravnik/-ca samo pogledal/a na temperaturni list, etc. Po eni strani je razumljivo, da zdravniki/-ce in tudi medicinske sestre na delovnem mestu pri vseh opravilih, ki jih imajo, res težko posvečajo posebno pozornost še dijakinjam/dijakom na praktičnem pouku<sup>30</sup>. Po drugi strani pa so dijakinje/dijaki vključeni v delovni proces, opravljajo delo tehnika/tehnice zdravstvene nege in so vsaj za tisti čas, člani/-ce zdravstvenega tima. Večinoma so željni informacij, ogledov preiskav, posegov in vsega, kar se dogaja na delovnem mestu in jim vsakršno pridobivanje informacij, izkušenj pomeni pridobivanje novega znanja, hkrati pa se kot bodoči delavci/-ke učijo iz vzgleda, ki jim ga dajejo starejši – zaposleni v zdravstveni organizaciji.

Kakšen dejansko je odnos na delovnem mestu, so ocenjevale zaposlene.

Graf 5.3.22: Mnenje zaposlenih o odnosu med TZN in zdravnikom/zdravnico. Odgovori so izraženi v odstotkih. (N=13)



<sup>30</sup> Zato je tudi praktični pouk organiziran tako, da imajo dijakinje/dijaki svojo mentorico, učiteljico praktičnega pouka, ki je po strokovni izobrazbi vsaj višja/visoka oziroma diplomirana medicinska sestra in jih vodi, usmerja ter organizira njihovo delo v učni bazi – bolnišnici, domovih za starejše občane,...

Več kot polovica (sedem) jih meni, da zdravniki/zdravnice ne spoštujejo njihovega dela, osemindeset odstotkov (pet oseb) jih je mnenja, da je odnos enakovreden in med njima vlada sodelovanje, ena oseba pa je odgovorila, da je odnos med TZN odvisen od posameznega zdravnika/zdravnice.

Žal več kot polovica zaposlenih meni, da je odnos zdravnika/zdravnice do dela TZN nespoštljiv kar nakazuje, da se stroka zdravstvene nege še vedno ne pojmuje kot samostojna dejavnost, kot dejavnost in delo, ki bi ga morali upoštevati in spoštovati v procesu zdravljenja pacienta/-ke. Zadovoljujoče pa so izkušnje petih zaposlenih, ki potrjujejo, da v odnosu med njima vlada spoštovanje in zaupanje.

Ali je medicinska sestra dolžna varovati in zagovarjati interese pacienta/-ke in v kolikšni meri ji to dopušča njen položaj na delovnem mestu? Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov – 2005 (Utrip, 2005: 45) v Načelu II določa: »Medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja.« in nadalje razlaga pomen tega načela: »Medicinska sestra za pridobitev soglasja pacienta ne sme uporabljati statusne moči, prisile ali ga zavajati; med njima naj vlada partnerski odnos«.

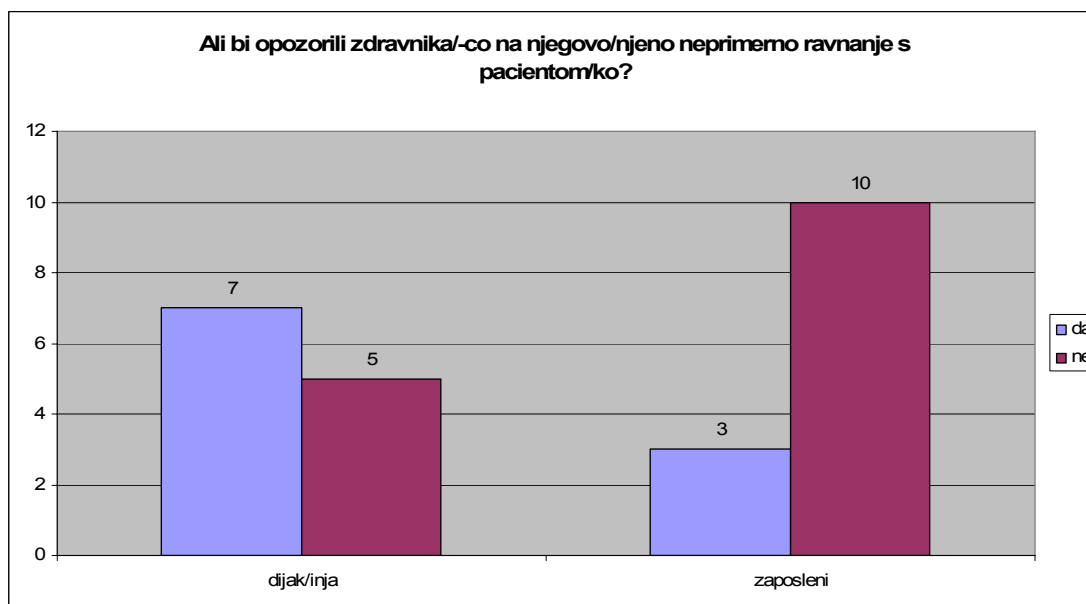
Iz Načela I, »Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne navade, potrebe in vrednote.« je razvidno da je ravnanje zdravstvenih delavcev, ki povzdignejo glas nad pacientom/-ko, neetično. Ali je dolžna medicinska sestra svoje sodelavce/sodelavke opozoriti na njihovo neetično ravnanje?

Načelo VI (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov – 2005 v Utrip, 2005: 46) določa: »Delovanje medicinske sestre temelji na odločitvah v korist pacienta.« in razlaga: »Medicinska sestra se zavzema za take razmere pri delu, ki bodo omogočale izvajanje zdravstvene nege v skladu z vrednotami in standardi tega kodeksa etike.«, »Medicinska sestra pomaga članom negovalnega tima pri reševanju etičnih dilem in sprejemanju etičnih odločitev.«

Etičnosti ravnanja zdravstvenih delavcev in medsebojnih odnosov se dotikata naslednji dve vprašanji.

»Zdravnika/zdravnica nad pacientko povzdigne glas, ker pacientka zavrača predpisano dieto. Ali bi opozorili zdravnika/zdravnico, da s pacientom/-ko ni pravilno ravnal/-a? Oz. ali menite, da bi TZN moral opozoriti zdravnika/zdravnico, da s pacientom/-ko ni pravilno ravnal/-a?«

Graf 5.3.23: Odnosi med zdravniki/zdravnicami in TZN. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



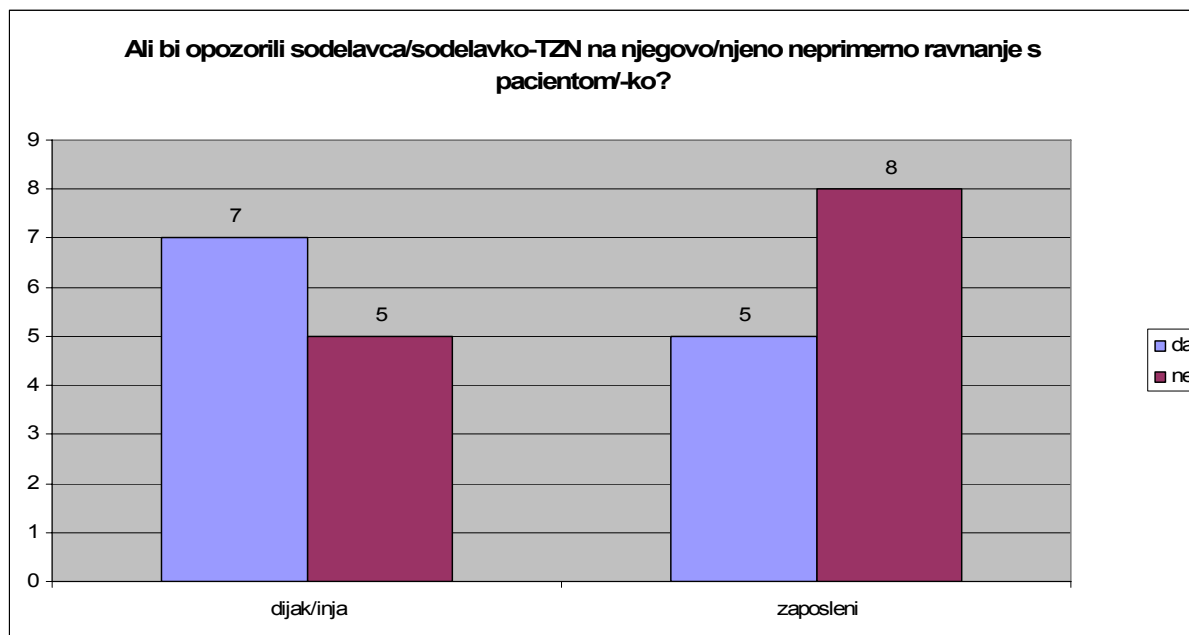
Sedem dijakinj, več kot polovica, meni, da bi TZN moral opozoriti zdravnika/-co, pet, da ne. Med zaposlenimi je razmerje drugačno. Samo tri bi opozorile zdravnika/-co na nepravilno ravnanje, večina (deset oseb ali sedeminsedemdeset odstotkov) pa ne.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nikjer ne opredeljuje, da bi morala medicinska sestra opozoriti zdravnika/zdravnico na neprimerno ravnanje. Kodeks etike jo zavezuje, da sama ravna etično in pri delu »opozarja« člane negovalnega tima, v katerega zdravnik/zdravnica ne sodi. Vsi skupaj so del zdravstvenega tima.

Razumljivo je, da več dijakinj/dijakov kot zaposlenih meni, da bi morali opozoriti na neprimerno ravnanje. Dijakinje/dijaki izhajajo iz idealizirane podobe, zaposlenim pa življenjske in delovne izkušnje narekujejo, da je v takih situacijah potrebno dobro premisliti, koga in kdaj opozarjati, predvsem, kadar je oseba, ki jo opozarja, višje na družbeni, statusni lestvici, na višjem položaju na delovnem mestu in hkrati nadrejena na določenem delu delovnega področja – v procesu zdravljenja pacienta/-ke.

»TZN nad pacientko povzdigne glas, ker pacientka zavrača predpisano dieto. Ali bi opozorili sodelavca/-ko - TZN, da s pacientom/-ko ni pravilno ravnal/-a? Oziroma, ali menite, da bi TZN moral opozoriti sodelavca/-ko - TZN, da s pacientom/-ko ni pravilno ravnal/-a?«

Graf 5.3.24: Odnosi med TZN. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



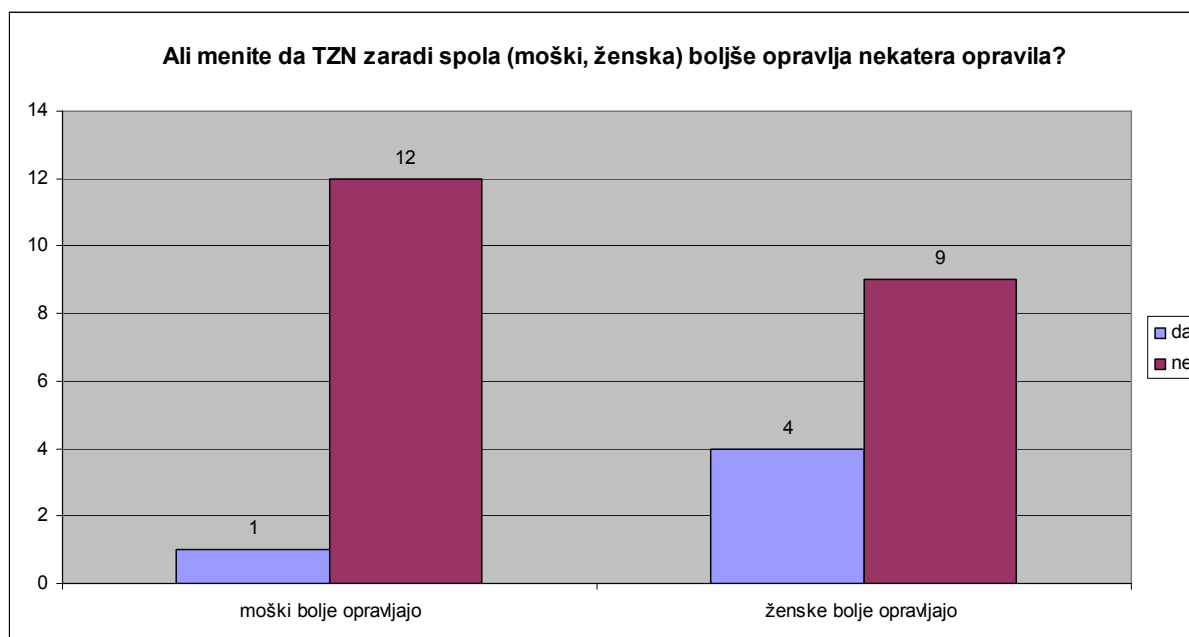
Pri dijakinjah/dijaki v odgovorih glede na prejšnje vprašanje ni razlik, sedem jih meni da bi morali opozoriti, šest, da ne. Pri zaposlenih je razlika v odgovorih glede na prejšnje vprašanje, pet (dve več) bi jih opozorilo sodelavko/ca, osem oseb pa ne. V primeru neetičnega ravnanja bi jih več (osemintrideset odstotkov v primerjavi s triindvajsetimi odstotki) opozorilo na napačno ravnanje s pacientov/-ko sodelavca/-ko-TZN, kot pa zdravnika/-co.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov jih pravzaprav obvezuje k ukrepanju. Menim, da je število oseb, ki bi ukrepale, premajhno. Opozarjanje sodelavcev/sodelavk naj ne bi bil osebni napad na človeka, ki delo opravlja, temveč opozorilo z namenom, da se napaka odpravi in da se dvigne kvaliteta dela.

Glede na prebrano strokovno literaturo, sem zaposlene spraševala tudi o vplivu spola na medsebojne odnose v zdravstvu. Kljub trditvam v strokovni literaturi, ki opredeljujejo pomembnost spola v medsebojnih odnosih na delovnem mestu (in predvsem pri izbiri poklica in spoštovanju poklica), so vse zaposlene mnenja, da spol – zdravnik moški in medicinska sestra ženska, ne vpliva na njun medsebojni odnos.

Če nadaljujem z vplivom spola, me je zanimalo, kakšna stališča imajo o morebitnem vplivu spola na delovni proces v zdravstvu.

Graf 5.3.25: Mnenje zaposlenih o vplivu spola na opravljanje dela TZN (N=13)

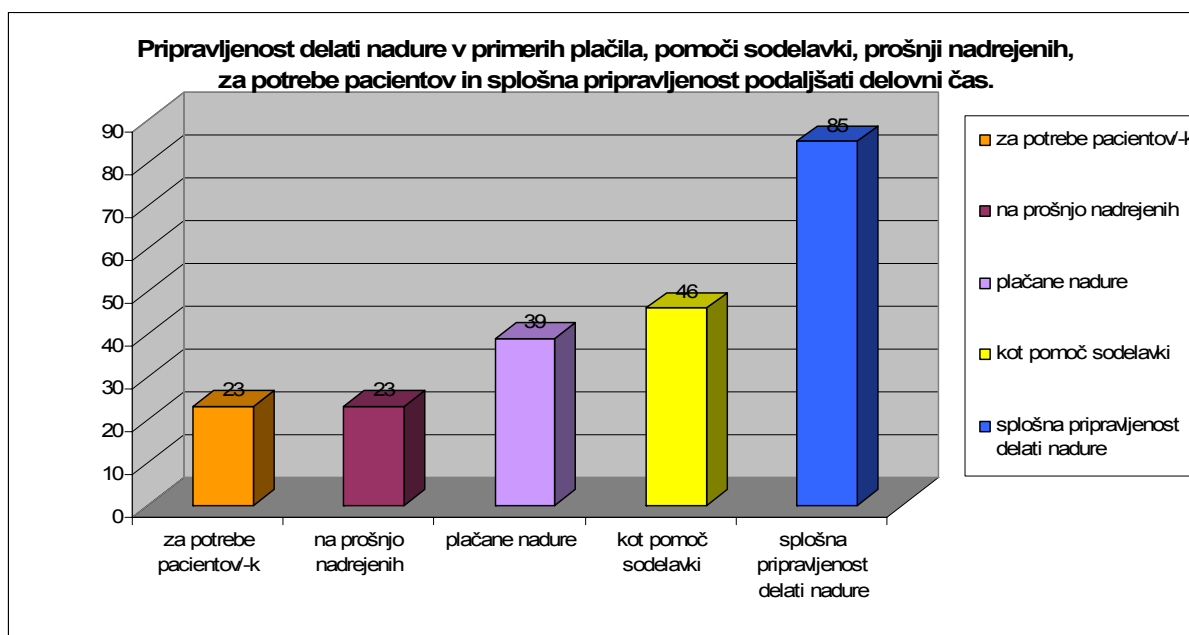


Samo ena zaposlena meni, da moški lahko opravi delo bolje, kot kolegica ženskega spola takrat, ko neguje težkega pacienta/-ko. Vse ostale so mnenja, da TZN, ker je moški, ne opravlja opravil bolje kot TZN ženskega spola. Drugačnega mnenja so zaposlene o TZN ženskega spola, za katere štiri menijo, da lahko nekatera opravila, kot so delo z dojenčki, jutranja nega in ena celo vsa dela, opravljajo boljše kot njihovi moški kolegi. Devet jih je mnenja, da spol nima vpliva na dobro opravljeno delo.

Koliko svojega »prostega časa« so zaposlene pripravljene posvetiti službi, je vprašanje, ki deloma nakazuje na vsebnost altruizma pri delu medicinske sestre, na sposobnost vživljanja v situacijo drugega. Narava dela v zdravstvu je namreč taka, da delo poteka neodvisno od dneva, noči, ure začetka ali konca delovnega časa.

Ali so torej medicinske sestre pripravljene podaljš(ev)ati svoj delovni čas, in v katerih primerih bi to storile?

Graf 5.3.26: Primeri, v katerih bi bile medicinske sestre pripravljene podaljšati delovni čas. Pripravljenost je izražena v odstotkih. (N=13)



Odgovori na vprašanja o podaljševanju delovnega časa so bili naslednji:

- Samo tri (triindvajset odstotkov) bi nadure opravile brez plačila, če bi jih pacienti/-ke potrebovali, deset jih delovnega časa ne bi podaljšalo.
- Na prošnjo nadrejenih bi tri (triindvajset odstotkov) podaljšale delovni čas, deset ne bi podaljšalo.
- Pet (devetintrideset odstotkov) bi jih delalo nadure, če bi bile le-te plačane, osem pa ne.
- Kar šest (šestintirideset odstotkov), bi delovni čas podaljšalo, če bi jih sodelavka/sodelavec prosil/-a, sedem jih ne bi podaljšalo.
- Navsezadnje pa samo dve (petnajst odstotkov) v nobenem primeru ne bi podaljšale delovnega časa, enajst pa bi (verjetno odvisno od situacije) podaljšalo svoj delovni čas.

Kljub temu, da hiter pregled odgovorov na vprašanja o podaljšanju delovnega časa, ponuja sklepanje o negativnemu odzivu medicinskih sester (več kot polovica je pri vsakem vprašanju odgovorila, da niso pripravljene delati nadur), pa sta v splošnem samo dve odgovorili, da res v nobenem primeru ne bi podaljšali svojega delovnega časa.

Največ medicinskih sester (šest) bi jih bilo pripravljeno podaljšati delovni čas na prošnjo sodelavke/sodelavca, ena manj (pet), če bi bile nadure plačane, najmanj (tri) pa če bi jih potrebovali pacienti/-ke ali če bi jih za podaljšanje prosili nadrejeni.

Iz odgovorov lahko sklepam, da na delovnem mestu vladajo dobri medsebojni odnosi vsaj z nekaterimi sodelavci/sodelavkami, katerim, predvidevam, bi tudi pomagale na račun svojega prostega časa. Slabše medsebojne odnose (kot so med sodelavci/-kami) je moč predvidevati med zaposlenimi TZN in nadrejenimi.

Plačilo je tisto, ki daje določeno vrednost nekemu delu in razlog ali vsaj zadoščenje za »izgubljeni« prosti čas.

Verjetno bi bilo pričakovati, da bi se glede na to, da osnovo poklicu medicinske sestre predstavlja altruistično vedenje, več zaposlenih odločilo delati nadure, če bi jih pacienti/-ke prosili. Medicinske sestre so večinoma ženske, matere, ki jih doma, v vrtcu, šoli čakajo otroci ali druge gospodinjске obveznosti. Zadovoljevanje potreb pacienta/-ke (pred zadovoljevanjem lastnih potreb), kot altruistične vrednote, bi lahko pomenilo zapostavljanje, neupoštevanje potreb tretje osebe, otrok medicinske sestre. Eno medicinsko sestro vedno nadomesti druga, nikoli ne ostane delovno mesto nezasedeno oziroma pacienti/-ke sami na oddelku (kar pomeni, da njeno delo lahko opravi druga medicinska sestra). Težava se pojavi na tistih delovnih mestih, kjer nadomeščanje zaradi organizacije dela ni možno. Npr. dopoldanska medicinska sestra je zaključila svoj delovnik, v popoldansko izmeno, pa pride **dežurna** medicinska sestra, kar pomeni, da dežurna medicinska sestra po svojem opisu opravi in nalog opravlja le nujne naloge, ne pa rednih nalog, ki so ostale od dopoldanskega dela.

Kako pojasnjuje podaljšanje delovnega časa ena izmed medicinskih sester, ki dela v operacijski dvorani:

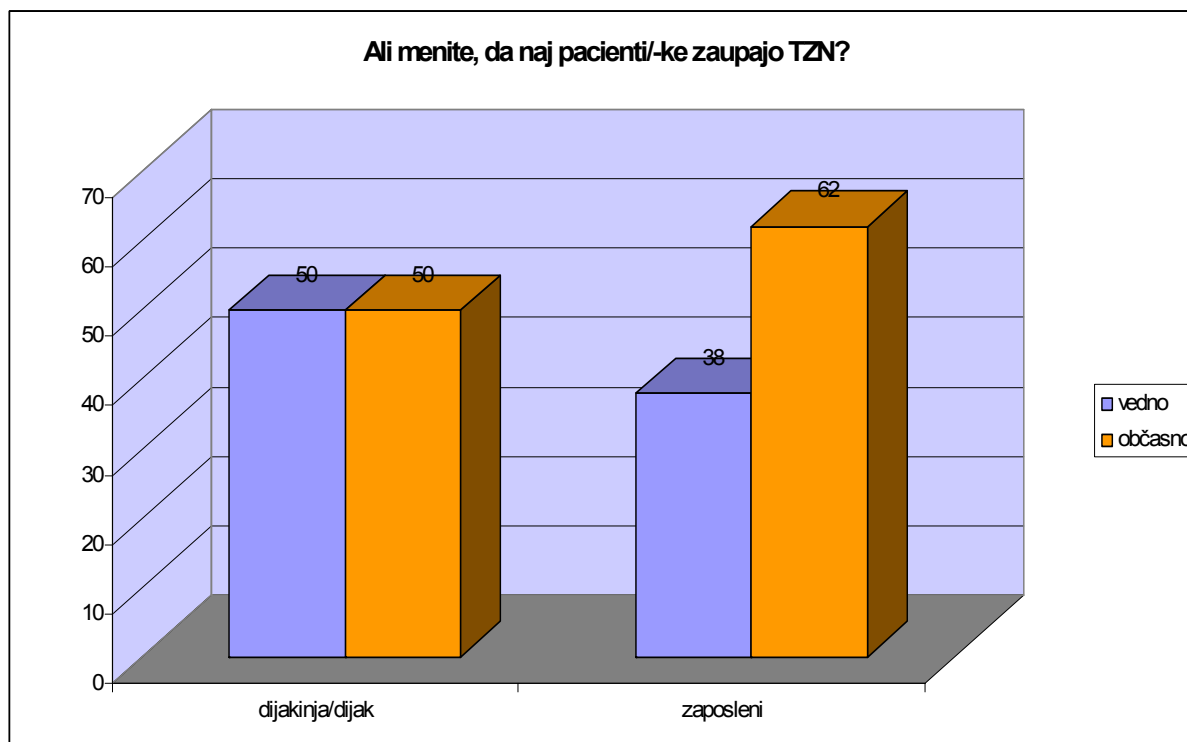
*»Medicinske sestre v operacijski dvorani nastopimo delovni čas ob 8.00. Program operacij je znan vnaprej. Šele ko je ekipa zbrana, se operacija lahko začne. Glavna oseba, ki začne operacijo je seveda operater/operaterka. Če ga/jo ni, se operacija ne more začeti. Dogaja se, da operaterji/-ke prihajajo v operacijsko dvorano kasneje, tudi uro, dve, kar pomeni, da programa operacij ne bomo mogli izvesti. Naj podaljšam delovni čas, ker smo zjutraj čakali operaterja/-ko, ki ni prišel točno na delovno mesto? Seveda podaljšamo delovni čas, kadar je situacija nujna ali se je čas katere izmed operacij zaradi nastalih komplikacij med operacijo, nepredvideno podaljšal. V primeru zamujanja tistih, ki bi operacijo morali začeti, pa jih ob določeni uri ni bilo na delovno mesto, pa svojega delovnega časa ne podaljšujemo, čeprav se zavedamo, da gre na škodo pacientov/-k, ki v tem primeru cel dan čakajo pripravljene<sup>31</sup> na operacijo.«*

<sup>31</sup> Posebna predoperativna priprava, ki zahteva pripravo vseh organskih sistemov; čiščenje prebavnega trakta, biti tešč,...



Kakšen odnos naj bi vladal med pacientom/-ko in TZN oziroma kakšen odnos menijo (bodoči) TZN bi morali imeti pacienti/-ke do njih, sem spraševala tako dijakinje/dijake kot zaposlene.

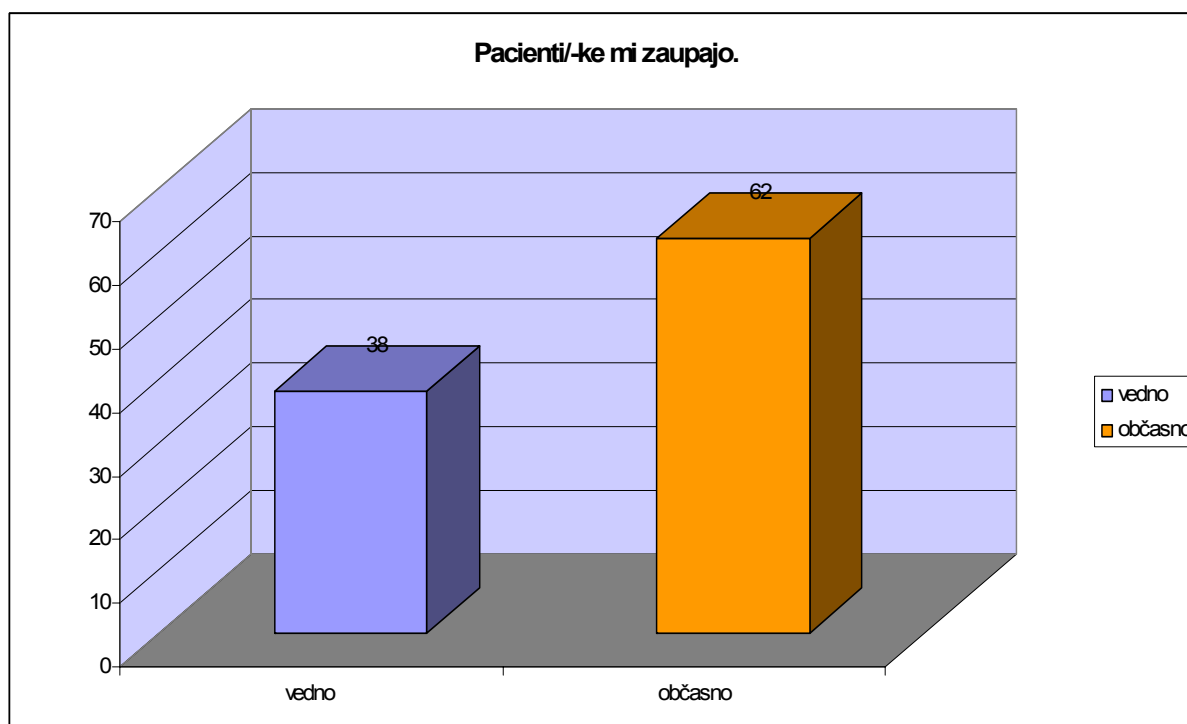
Graf 5.3.27: Kakšen naj bi bil odnos zaupanja pacientov/-k do TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Zanimivi so bili odgovori na vprašanje o zaupanju tehniku/-ci zdravstvene nege. Polovica dijakinj/dijakov in osemtrideset odstotkov (pet od trinajstih) zaposlenih meni, da bi jim pacienti/-ke morali vedno zaupati, druga polovica dijakinj/dijakov in dvainšestdeset odstotkov (osem) zaposlenih pa meni, da naj jim pacienti/-ke občasno zaupajo. Če predvidevam, da se zaposleni dobro zavedajo, da so v poklicu tako dobri kot slabi delavci in pacienti/-ke ne bi smeli slepo zaupati vsakomur, potem se more pohvaliti kritičnost zaposlenih do njih samih in do lastnega dela.

Zaposlene so nato odgovarjale še na vprašanje, kako jim pacienti/-ke zaupajo.

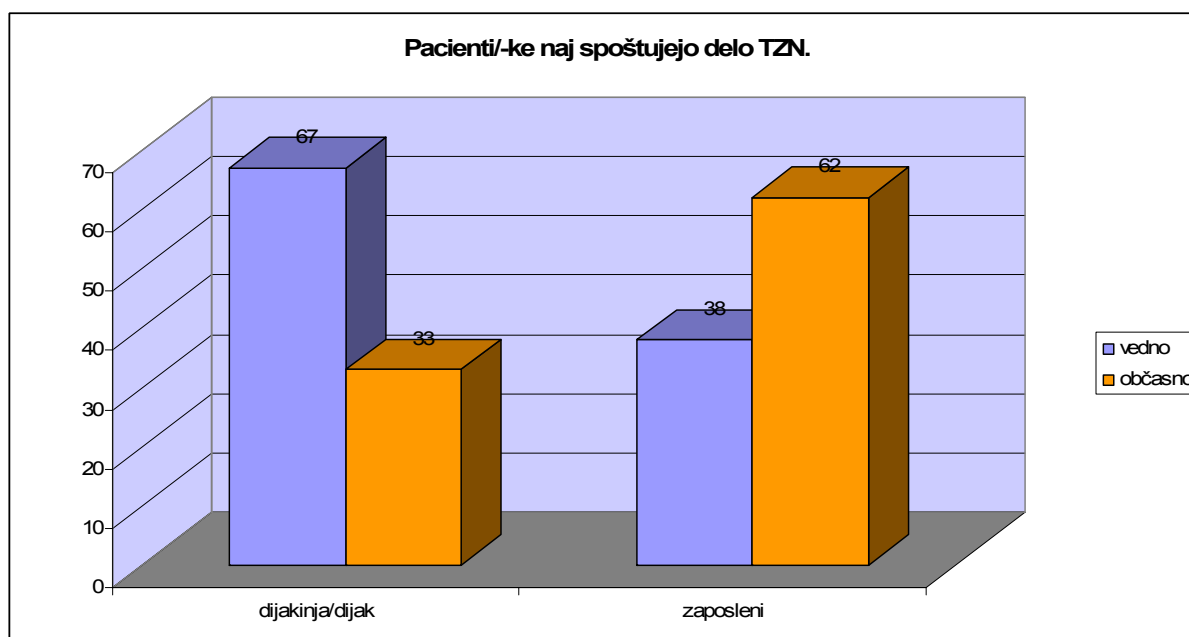
Graf 5.3.28: Kakšen je odnos zaupanja pacientov/-k do TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. ( N=13)



Odgovor zaposlenih o doživljanju zaupanja pacientov/-k do TZN, je enak, kot menijo, da bi moral biti: osemintrideset odstotkov (pet od trinajstih) jih meni, da jim pacienti/-ke zaupajo, dvainšestdeset odstotkov (osem), da jim ne zaupajo vedno.

Izhajam iz predpostavke, da tisti, kateri je bil kdajkoli deležen ali je potreboval nego medicinske sestre, zna spoštovati njihovo delo, saj njegovo mnenje ne izhaja le iz prebranega, videnega ali celo iz pogovora z drugimi, temveč iz osebne izkušnje. Zastavila sem vprašanje, ali naj pacienti/-ke spoštujejo delo TZN.

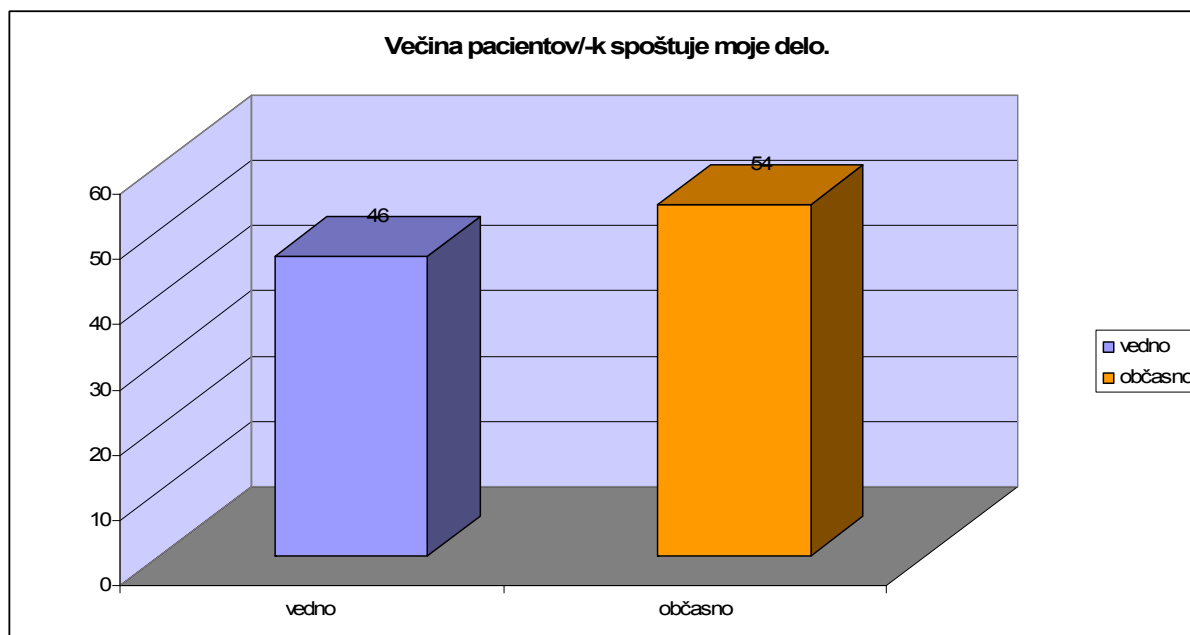
Graf 5.3.29: Kakšen naj bi bil odnos - spoštovanje pacientov/-k do TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Dve tretjini dijakinj/dijakov (sedeminšestdeset odstotkov) in le osemtrideset odstotkov (pet od trinajstih) zaposlenih je mnenja, da bi pacienti/-ke morali vedno spoštovati njihovo delo. Tretjina (štiri) dijakinje/dijaki in dvainšestdeset odstotkov (osem) zaposlenih pa meni, da bi morali pacienti/-ke občasno spoštovati njihovo delo. Mnenje, da bi moralo biti delo TZN spoštovano, tudi s strani pacientov/-k (vsaj občasno) ostaja, kar je pričakovan odgovor. Večje število odgovorov »občasno spoštujejo delo« pri zaposlenih po vsej verjetnosti izhaja iz delovne situacije in opažanja, ocene vedenja pacientov/-k. Dijakinje/dijaki navsezadnje prihajajo v stik s pacienti enkrat do dvakrat tedensko, po nekaj ur, takrat se jih večina kar najbolj potrudi dobro opraviti svoje delo in pacienti/-ke jih pogosto pohvalijo, kar jim pomeni priznanje in spoštovanje njihovega dela.

Ali zaposlene čutijo, da njihovi pacienti/-ke spoštujejo njihovo delo?

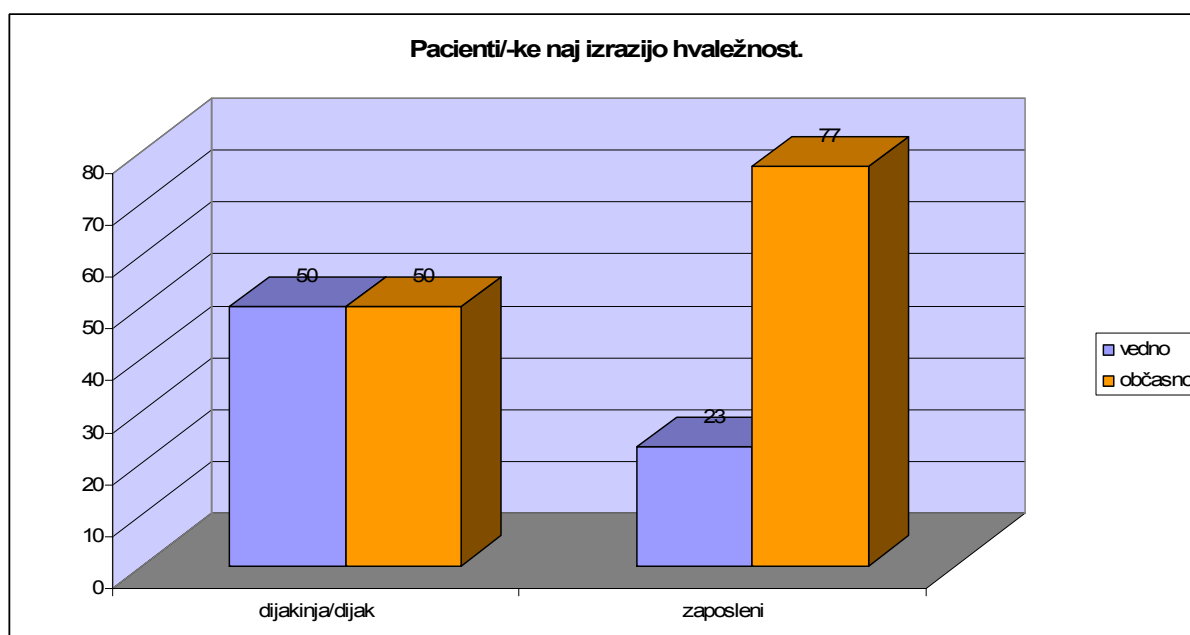
Graf 5.3.30: Kakšen je odnos- spoštovanje pacientov/-k do TZN. Odgovori so izraženi v odstotkih. (N=13)



Šestinštirideset odstotkov (šest) zaposlenih jih meni, da tudi v realnosti, pacienti/-ke resnično spoštujejo njihovo delo in štiriinpetdeset odstotkov (sedem) jih meni, da občasno.

Ali naj se pacienti/-ke za delo, ki ga TZN opravi pri njih, tudi zahvalijo?

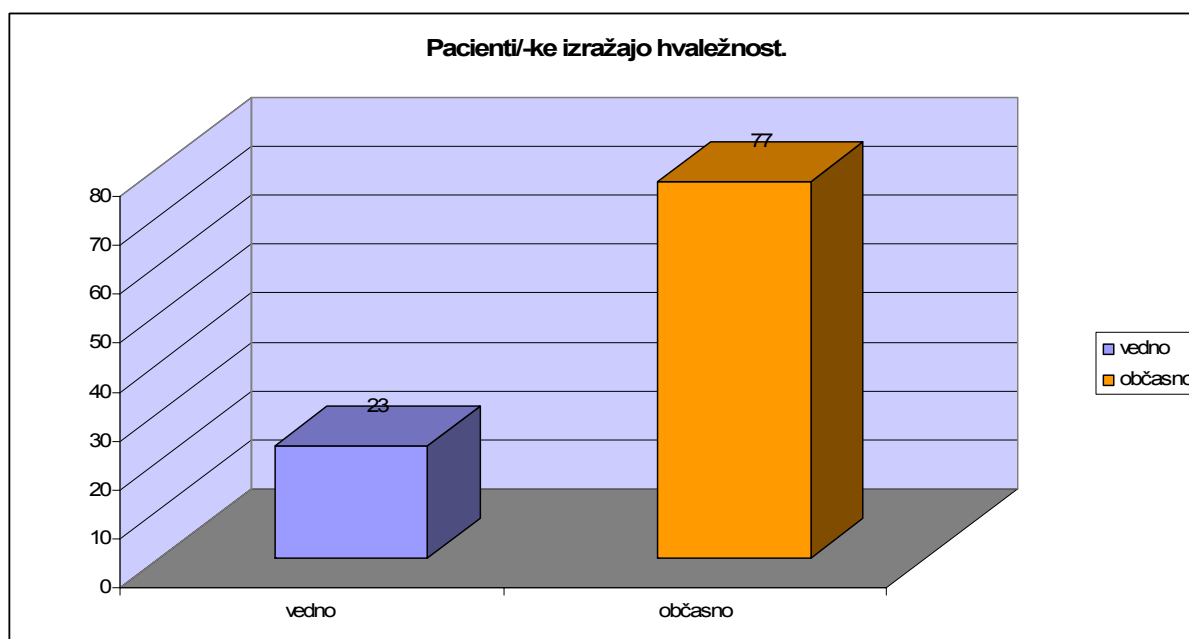
Graf 5.3.31: Ali naj pacienti/-ke izrazijo hvaležnost medicinski sestri? Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Polovica dijakinj/dijakov meni, da vedno, polovica meni, naj se občasno zahvalijo. Pri zaposlenih so samo tri (triindvajset odstotkov) mnenja, naj pacienti/-ke vedno izrazijo hvaležnost, večina (sedeminsedemdeset odstotkov) pa jih meni, da samo občasno. Zaposleni se zaradi starosti in let službovanje v primerjavi z dijaki/-njami zavedajo, kdaj delo dobro opravijo in ob tem ne potrebujejo pohvale, saj so v primerjavi s srednješolski/-kami, ki se za poklic šele izobražujejo bolj samozavestni pri svojem delu. Dijakinje/dijaki zaradi pomanjkanja izkušenj bolj (kot zaposleni) potrebujejo potrditev za dobro opravljeno delo.

Koliko zaposlenih ima izkušnje, da sem jim pacienti/-ke zahvalijo za njihovo delo?

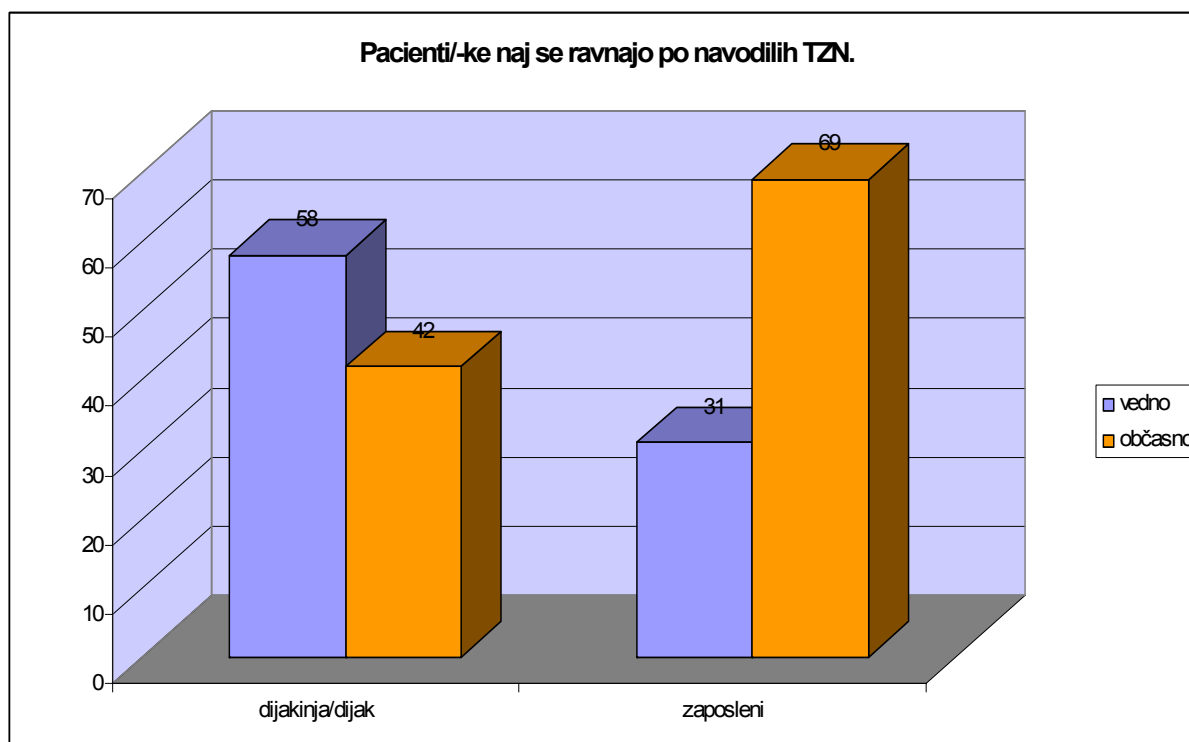
Graf 5.3.32: Izkušnje zaposlenih o izražanju hvaležnosti pacientov/-k.. Odgovori so izraženi v odstotkih. (N=13)



Zaposlene na vprašanje o izražanju hvaležnosti odgovarjajo enako kot na vprašanje ali naj izražajo hvaležnost: tri (triindvajset odstotkov) imajo izkušnjo, da pacienti/-ke vedno izrazijo hvaležnost medicinski sestri, večina (sedeminsedemdeset odstotkov) pa jih doživlja to občasno.

Ali so navodila, ki jih TZN posredujejo pacientom/-kam, pomembna? Ali naj jih pacienti/-ke upoštevajo?

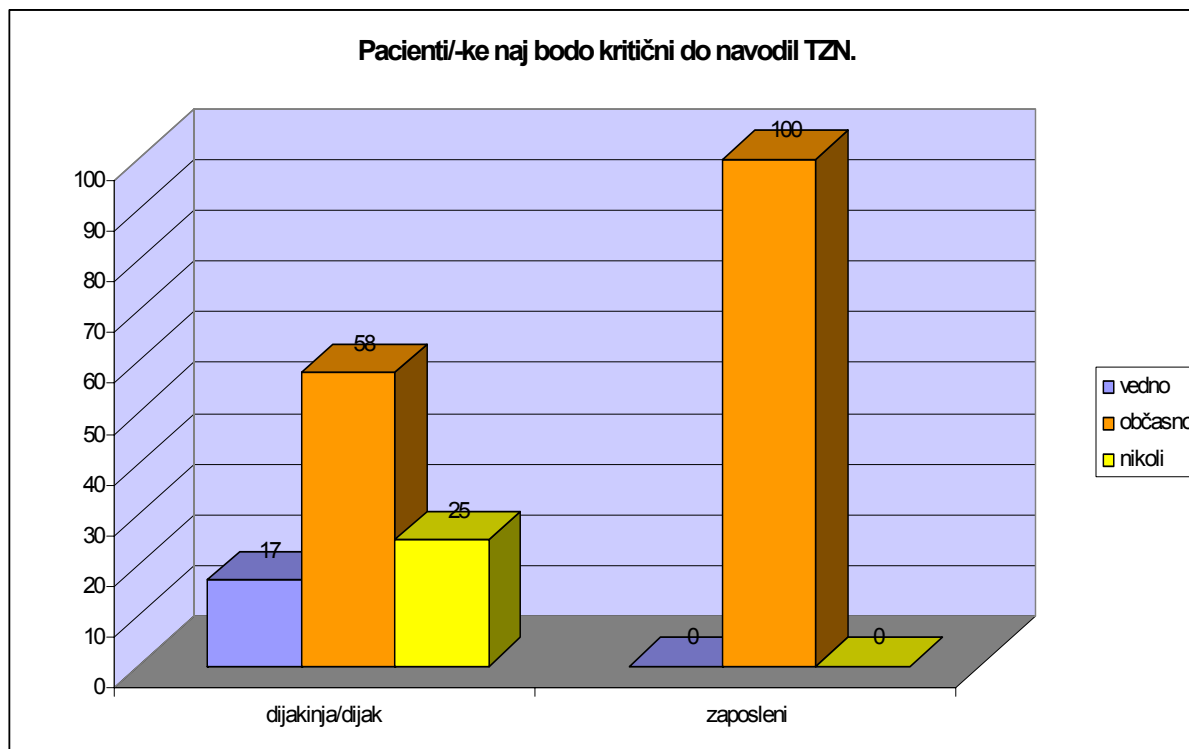
Graf 5.3.33: Ali naj pacienti/-ke upoštevajo navodila TZN? Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Več kot polovica dijakinj/dijakov (oseminpetdeset odstotkov) meni, da bi morali pacienti/-ke vedno upoštevati navodila TZN. Med zaposlenimi jih je enakega mnenja le tretjina (enaintrideset odstotkov) vprašanih. Dvainštirideset odstotkov dijakinj/dijakov in večina, devetinšestdeset odstotkov (osem od trinajstih) zaposlenih jih meni, da ni nujno, da pacienti/-ke vedno upoštevajo navodila TZN temveč le občasno.

Ali naj pacienti/-ke brezpogojno upoštevajo navodila, ali naj pri tem izrazijo tudi svoje mnenje in pripravljenost do upoštevanja, oziroma neupoštevanja navodil? Vsekakor so navodila, ki jih daje strokovna oseba (v tem primeru medicinska sestra) laiku – pacientu/-ki pomembna, ker pripomorejo k cilju – izboljšanju zdravja, kateremu sledita oba, tako pacient/-ka kot medicinska sestra. Na prvem mestu pa je potrebno upoštevati, da je pacient/-ka **subjekt** v tem odnosu in ima torej pravico pobude in nadzora, sploh nad lastnim telesom in da lahko sprejme ali odkloni vsako vrsto, obliko zdravljenja, kamor navsezadnje sodijo tudi navodila, ki jih daje ali posreduje medicinska sestra, (in seveda prevzema posledice svoje odločitve).

Graf 5.3.34: Ali naj bodo pacienti/-ke kritični/-e do navodil medicinske sestre? Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



Sedemnajst odstotkov dijakinj/dijakov je mnenja, da naj bodo pacienti/-ke vedno kritični do navodil medicinske sestre, polovica jih meni, da naj bodo le občasno in kar četrtina, da pacienti/-ke ne bi smeli biti kritični do navodil, ki jih dobijo od tehnika/-ce zdravstvene nege. Pri zaposlenih so dogovori pomembno drugačni, saj se vse zaposlene strinjajo, da bi morali biti pacienti/-ke vsaj občasno kritični do navodil medicinske sestre.

Odgovori na vprašanje o kritičnosti pacientov/-k do navodil TZN prikazujejo, da so dijakinje/dijaki bolj kot zaposlene prepričani o nezmotljivosti in pomembnosti njihovih navodil. Odnos, ki ga dijakinje/dijaki pričakujejo od pacientov/k, odkriva tradicionalen vzorec nadrejenosti medicinske sestre in podrejenosti pacienta. Pacienti/-ke naj izražajo spoštovanje in hvaležnost, ne pa kritičnosti do njihovega dela.

Vse zaposlene so mnenja, da naj bodo pacienti/-ke občasno tudi kritični do njihovih navodil. Njihovo mnenje o odnosu bolj nakazuje odnos partnerstva med pacientom/-ko in medicinsko sestro, še vedno ne dopušča vsakodnevne kritičnosti in na drugi strani pohlevnosti, temveč določeno mero zanimanja zase in svoje zdravstveno stanje in odtod tudi kritičnost do navodil, ki jih dobivajo.

Kakšne so razmere glede kritičnosti do navodil medicinske sestre na delovnem mestu, prikazuje graf 5.3.35.

Graf 5.3.35: Ali pacienti/-ke upoštevajo navodila medicinske sestre? Odgovori so izraženi v odstotkih. (N=13)



Izkušnje zaposlenih kažejo, da se dogaja, da pacienti/-ke ne upoštevajo vedno njihovih navodil. Triindvajset odstotkov je mnenja, da pacienti/-ke upoštevajo njihova navodila, večina (sedeminsedemdeset odstotkov ali deset od trinajstih) pa jih meni, da ne vedno.

Kot sem že omenila, pacient/-ka je **subjekt** v procesu zdravljenja. Vsak sam odloča o svojem telesu (razen v izjemnih primerih<sup>32</sup>) in sprejema posledice svojih odločitev, bodisi pozitivne ali negativne. Vsaka oseba, ki prihaja v stik z zdravstveno službo, četudi samo po informacije ali pa vstopa v proces zdravljenja, bi se morala zavedati svoje odgovornosti do lastnega zdravja (in ozdravitve), prav tako zaposleni; medicinske sestre, zdravniki in drugi zdravstveni delavci, ki bi morali to dejstvo upoštevati. Res je, da večina oseb nima zadostnega medicinskega znanja, da bi lahko polno sprejemala odločitve v zvezi z zdravljenjem, zato je tu tako pomembna in potrebna informiranost pacienta/-ke o lastnem zdravju, možnih načinih zdravljenja in negovalnih postopkih, ki naj bi jih bil deležen v procesu zdravljenja. Nekateri pacienti/-ke popolnoma zaupajo zdravstvenim delavcem in se ne sprašujejo o

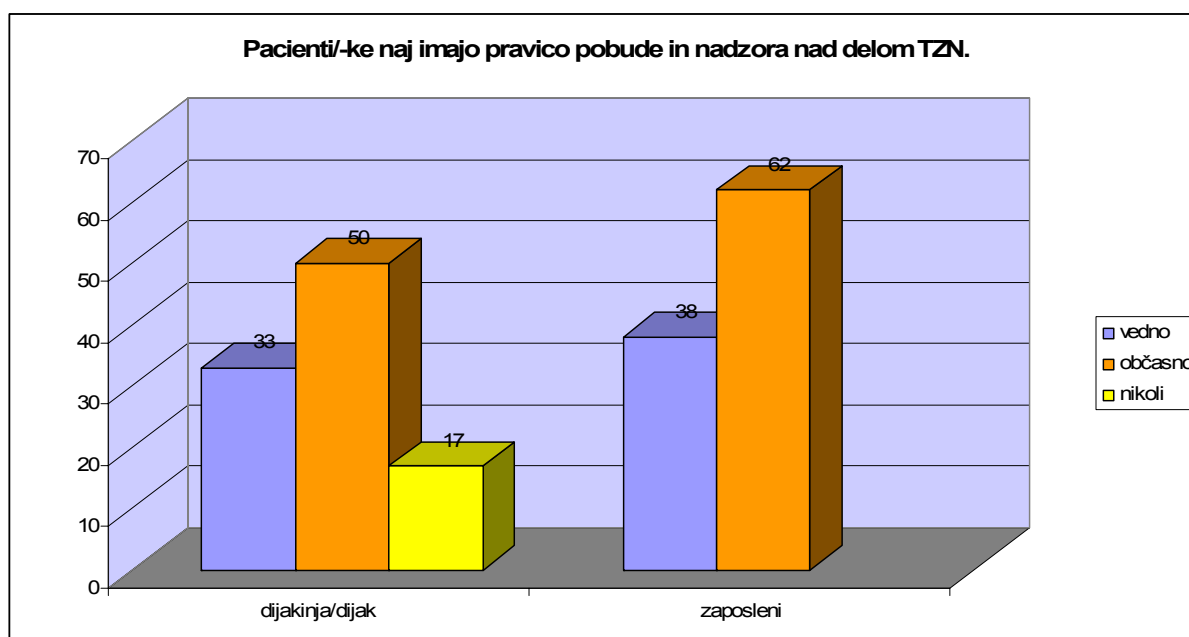
<sup>32</sup> otroci, neprištevne osebe, nekateri primeri urgentnih situacij, kjer gre za reševanje življenja ipd.



pravilnosti njihovih odločitev, vse več pa je takih, ki želijo biti vnaprej informirani, česa in kakšne obravnave bodo deležni in v tem procesu aktivno sodelovati.

Zanimalo me je, ali se tega zavedajo tudi (bodoče) medicinske sestre.

Graf 5.3.36: Ali naj imajo pacienti/-ke pravico pobude in nadzora nad TZN? Odgovori so izraženi v odstotkih. (Dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13.)



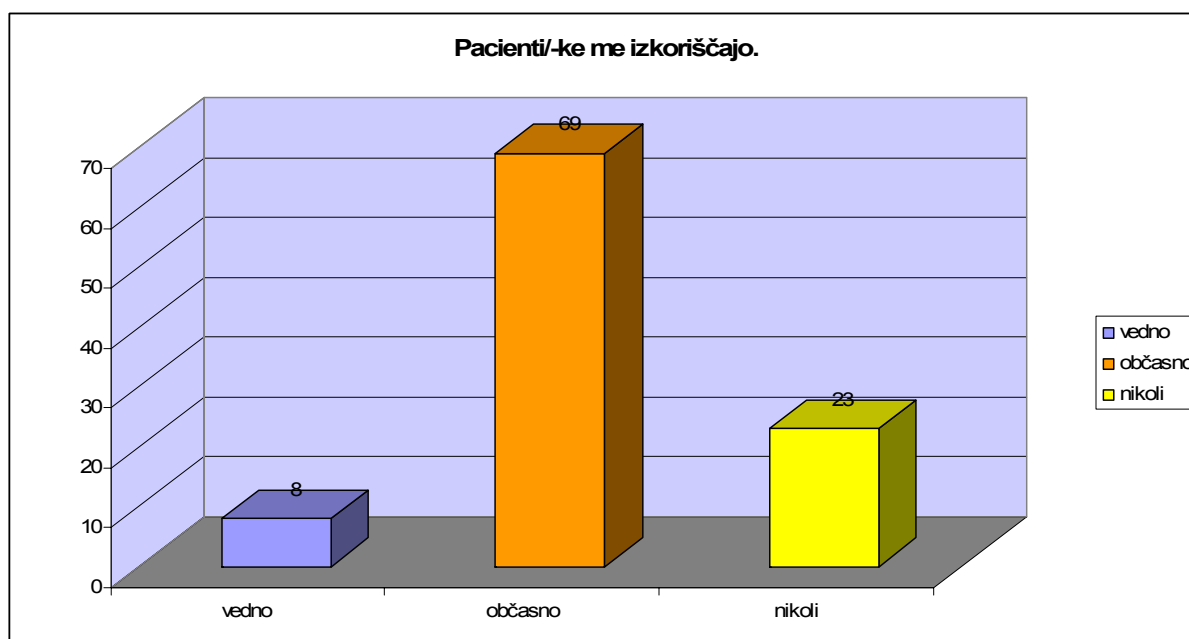
Če se oprem na Mirjano Ule, ki v knjigi Spregledana razmerja (2003: 281), opisuje spremenjeno/novo podobo bolnikov: »Polnoletni bolnik ali bolnica stopata danes v odnos z zdravnikom opremljena z višjim informacijskim standardom, z bolj oblikovano zavestjo o sebi, o svojem zdravstvenem stanju, o svojih potrebah in pričakovanjih in predvsem pravicah.«, lahko razložim, zakaj je več kot polovica zaposlenih (osem od trinajstih) mnenja, da bi morali pacietni/-ke občasno imeti pravico pobude in nadzora nad delom TZN in nekoliko manj, da bi morali imeti to pravico vedno. Lahko bi tudi sklepali, da so, glede življenjske izkušnje, večkrat kot dijakinje/dijaki tudi sami stopali v odnos TZN-pacient/-ka kot pacientke, kjer so imele priložnost spoznati tudi pacientkino doživljanje dela svojih kolegic.

Pri dijakinjah/dijakih so odgovori naslednji: tretjina je mnenja, da bi morali pacietni/-ke imeti vedno pravico pobude in nazdora nad delom TZN, polovica jih meni, da občasno in sedemnajst odstotkov (dve osebi), da nikoli.

Na podlagi odgovorov menim, da so dijakinje/dijaki še vedno bolj kot zaposlene, podvrženi tradicionalni podobi vlog zdravnika, medicinske sestre in bolnik/-ce, po kateri bolna oseba prevzema pasivno vlogo v odnosu do lastnega zdravja in zdravljenja bolezni.<sup>33</sup>

Če izhajam iz definicije zdravstvene nege »medicinska sestra pomaga bolnemu ali zdravemu pri opravljanju tistih življenjskih aktivnosti, ki bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje«, je medicinska sestra pomočnica pacientu/-ki. Kje je meja med pomagati, ker oseba določenega opravila res ne more narediti, in narediti nekaj namesto drugega, ker tega preprosto noče narediti, ker računa, da bi to lahko naredili drugi namesto nje? V kolikšni meri se želja po tem, da bi drugi opravljali stvari namesto nas, pojavlja pri pacientih? Ali pacienti/-ke izkoristijo pomoč medicinske sestre za stvari, ki bi jih lahko opravili sami?

Graf 5.3.37: Mnenja zaposlenih o izkoriščanju s strani pacientov/-k. Odgovori so izraženi v odstotkih. (N=13)



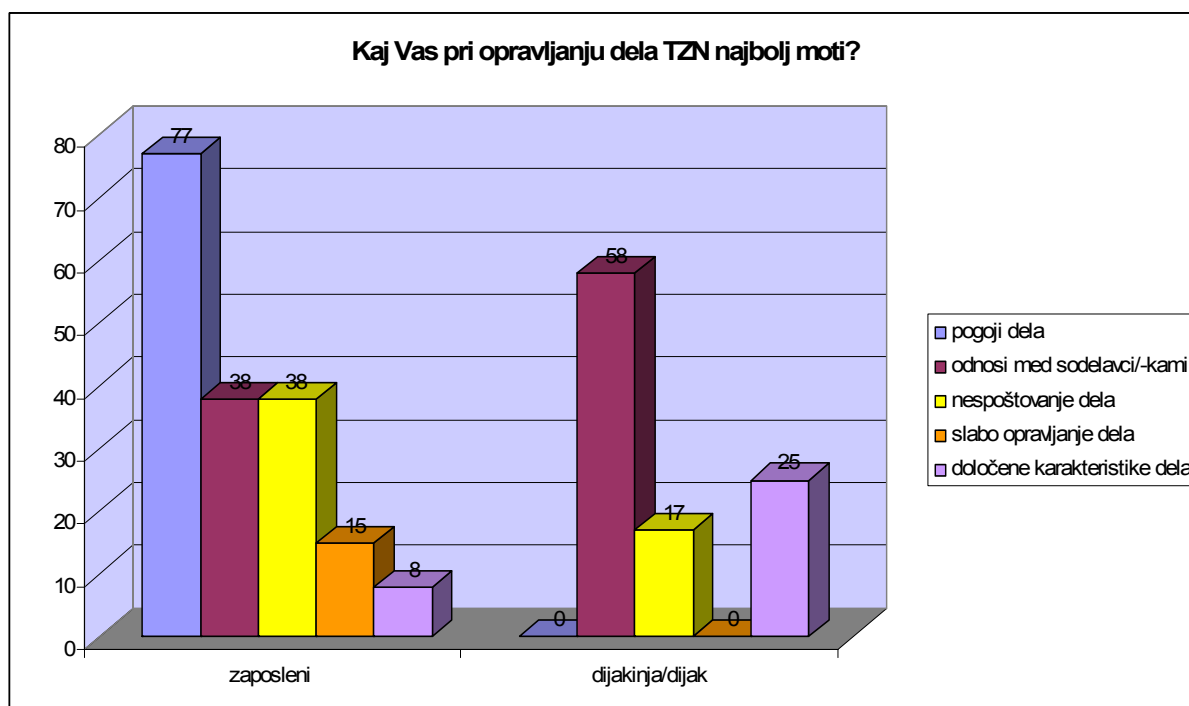
<sup>33</sup> Ko sta se s procesom modernizacije pojma bolezni in zdravja demitologizirala in sekularizirala, je prišlo do odmika od kozmologije bolezni, ki se osrediča okrog osebe, k objektivno osredičeni medicini. Ljudje prenesejo vso odgovornost in skrb za zdravljenje bolezni na medicinsko stroko in medicinske institucije, v katerih deluje strokovno visoko kvalificirano osebje. To je dalo zdravnikom in drugemu medicinskemu osebju veliko avtoriteto in moč nad bolniki. Bolnik zavzame pasivno in nekritično vlogo v odnosu do bolezni in zdravljenja. (po Ule, 2003: 23)

Ena oseba (osem odstotkov) je mnenja, da jo pacienti/-ke izkoriščajo, večina (devetinšestdeset odstotkov ali devet od trinajstih), da občasno in triindvajset odstotkov, da jih pacienti/-ke nikoli ne izkoriščajo.

Medicinska sestra po svojem strokovnem znanju zna presoditi, katere osebe resnično potrebujejo pomoč in katere ne. Odgovori zaposlenih o izkoriščanju s strani pacientov/-k lahko kažejo na altruizem medicinskih sester. Glede na to, da se zavedajo, da jih pacienti/-ke občasno izkoriščajo, to očitno dopuščajo. Delati drugemu dobro, upoštevati potrebe drugega bolj kot svoje lastne, so opredelilve altruističnega vedenja. Po drugi strani pa je lahko to, kar medicinske sestre imenujejo »izkoriščanje«, tudi v korist medicinski sestrice (in hkrati v škodo pacientu). Velikokrat bi pacient/-ka določene stvari lahko opravil/-a sama, npr. umivanje prsnega koša in rok, pa je pri samem umivanju medicinski sestrice lažje, da osebo v celoti umije in s tem prihrani tudi (dragocen) čas. V tem primeru seveda ne moremo govoriti o izkoriščanju medicinske sestrice.

Anketo sem zaključila z vprašanji, kaj je dijakinjam/dijakom in zaposlenim pri opravljanju poklica najbolj všeč in kaj jim ni všeč, oziroma, kaj jih najbolj moti. Odgovori so bili odprtega tipa, lahko so napisali več odgovorov. Odgovori so izraženi v odstotkih.

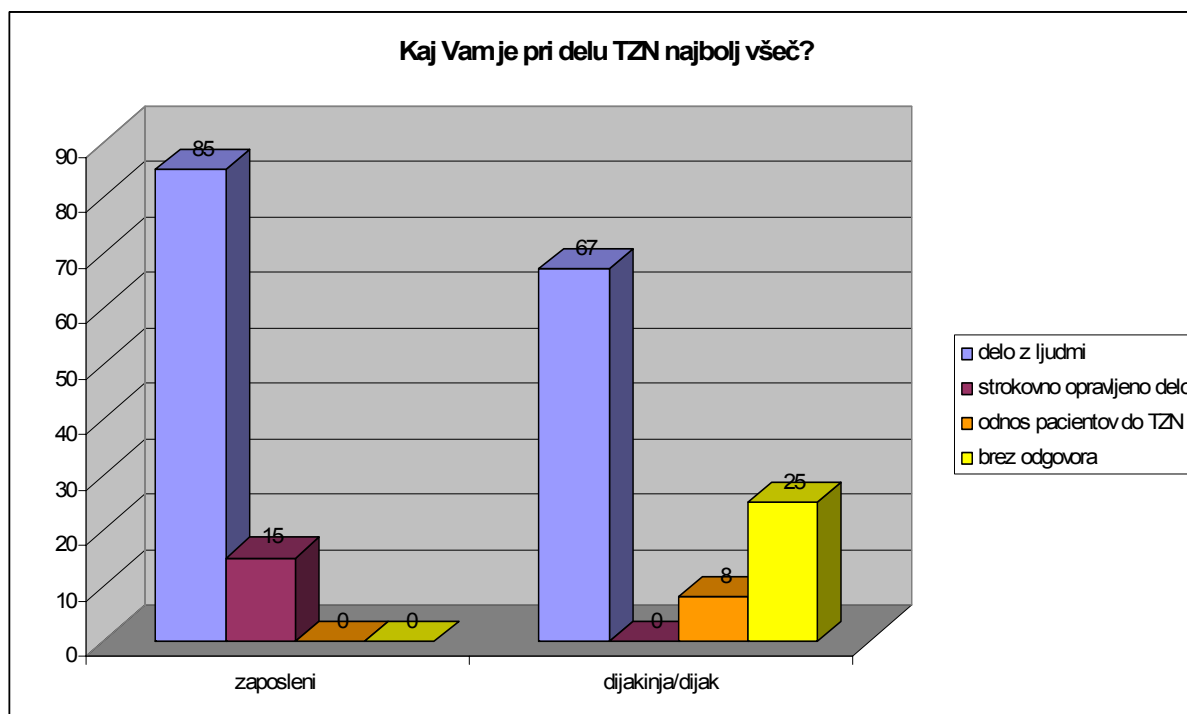
*Graf 5.3.38: Moteči dejavniki pri delu, ki jih navajajo zaposlene in dijakinje/dijaki. Odgovori so izraženi v odstotkih. Zaposlene so navedle več odgovorov, zato je skupni seštevek višji od sto. (Zaposlene, N=13, dijaki/-nje, N=12.)*



Pri opravljanju poklica jih motijo:

- Pogoji dela, kot so: slabo plačilo, premalo osebja, slaba organizacija dela, hiter tempo, velika obremenitev in odgovornost so moteči za večino (deset od trinajstih) zaposlenih.
- Odnosi med sodelavci/sodelavkami so moteči za osemtrideset odstotkov zaposlenih in več kot polovico (oseminpetdeset odstotkov) dijakinj/dijakov.
- Tudi nespoštovanje dela se je pojavilo pri zaposlenih v enakem odstotku kot odnosi med sodelavci/sodelavkami (v osemtridesetih odstotkih), pri dijakinjah/dijakih v sedemnajstih odstotkih.
- Slabo opravljeno delo sodelavcev/sodelavk sta kot moteče navedli dve zaposleni (petnajst odstotkov).
- Določene karakteristike dela, kot so: urnik dela (nočno delo) pri zaposlenih, zgodnje vstajanje, nega sama in »umazano« delo, odgovori pri dijakinjah/dijakih, so moteči za eno zaposleno (osem odstotkov), pri dijakinjah pa moteče karakteristike dela predstavljajo kar četrtno odgovorov.

Graf 5.3.39: Kaj je zaposlenim in dijakinjam/dijakom pri delu TZN najbolj všeč. Odgovori so izraženi v odstotkih. (dijaki/-nje, N=12, zaposlene, N=13)



Pri opravljanju poklica je zaposlenim najbolj všeč delo z ljudmi, enajst odgovorov (petinosemdeset odstotkov), in strokovno opravljeno delo, dva odgovora (petnajst odstotkov).

Dijakinjam/dijakom je pri opravljanju dela TZN najbolj všeč, da delajo z ljudmi, osem odgovorov (sedeminšestdeset odstotkov), in hvaležnost pacientov/-k, en odgovor (osem odstotkov). Četrtnina (petindvajset odstotkov) na vprašanje ni odgovorila.

## 6 SKLEP

Zahteve po "ustreznem" statusu poklica medicinske sestre, ovrednotenju dela in po regulaciji delovnih pogojev, so bolj omalovaževale ta poklic kot dvigovale priznanje in veljavo v družbi. Miss E. Glover, članica sveta Zveze medicinskih sester v Victoriji, je o 8-urnem delavniku dejala;

*"Zdravstvena nega ni poklic zato je 8-urni delavnik ni, in upam da nikoli ne bo, vpeljan v profesijo zdravstvene nege. Me smo profesionalke in bomo delale za dobro človeka ne 12 ur ampak 24 ur, če bo to potrebno. Medicinska sestra, ki bo zapustila pacienta, ker se je končal njen delavnik, si ne zasluži naziva "medicinska sestra". Življenje medicinske sestre je naporno in zahteva veliko požrtvovalnosti. Vsaka, ki se za to delo odloči, mora biti pripravljena na lastne žrtve. Ne smemo šteti ur našega dela, temveč raje obžalujemo, da nismo naredile še več."* (Strachan, 1997, str.296)

Ta pogled precej dobro nakazuje moč ideologije "požrtvovalnosti" medicinske sestre, ki je imela globok in direkten učinek na komercialno ureditev delovnega časa in plačila (Strachan, 1997, str.295)

Delati dobro za ljudi, je osnova zaradi katere se je tudi večina anketiranih oseb v moji pilotski študiji odločila za poklic tehnika/-ce zdravstvene nege. Samo šolanje gre v smeri spodbujanja pozitivnih vrednot: delati dobro drugemu, razvijanje sočutja, empatije, na kar nakazujejo vsebine predmetov<sup>34</sup> in projekti<sup>35</sup> (v organizaciji šole), ki sicer potekajo izven šolskega pouka, so pa vključeni v sistem šolanja kot interesne dejavnosti, del obveznih izbirnih vsebin in so tako del predmetnika. Tudi znak šole simbolizira filozofijo pomoči drugim: odprte roke in široko srce:



<sup>34</sup> Predmeti, ki vsebujejo tovrstne vsebine so predvsem: Zdravstvena nega in prva pomoč, ki se poučuje vsa štiri leta, Etika in komunikacija, Praktični pouk in Interesne dejavnosti – obvezne izbirne vsebine.

<sup>35</sup> V šolskem letu 2005/2006 so na šoli potekali naslednji projekti: Komunikacija z gluhihimi, Skrb za težko bolne in umirajoče, Nenasilna komunikacija

V Publikaciji, ki jo izdaja in posreduje Srednja zdravstvena šola Ljubljana, je bodočim tehnikom/tehnicam zdravstvene nege oziroma tistim, ki se želijo vpisati na Srednjo zdravstveno šolo Ljubljana, poleg slike simbola zapisano še: »Odločno, strokovno in optimistično je z odprtimi rokami (dijak) pripravljen sprejemati in dajati.« Vendar se je filozofija »požrtvovalnosti«, vsaj na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana, preoblikovala. Vizija šole je danes naslednja: »Na šoli bomo izobrazili tehnike zdravstvene nege in bolničarje negovalce, ki bodo sposobni samostojno, odgovorno in samozavestno sprejeti delovne naloge svojega poklica.« (Publikacija Srednje zdravstvene šole Ljubljana za šolsko leto 2005/2006: 4) Požrtvovalnost so zamenjali samostojnost, odgovornost in samozavest, ki ne izničijo namena »delati dobro drugemu«, temveč samo preoblikujejo način. Altruizem še vedno ostaja osnova poklicu tehnika/-ce zdravstvene nege, kar je razvidno tudi iz odgovorov današnjih četrtošolcev/-k, ki so sodelovali v študiji: poštenost, prijaznost, biti razumevajoč/-a, dobrosrčnost in požrtvovalnost, so lastnosti, ki so del altruističnega vedenja in za katere skoraj vse anketirane osebe menijo, da jih medicinska sestra mora imeti.

Zaključim lahko, da je altruizem želena in zahtevana lastnost »dobre« medicinske sestre.

Ali so poštenost, prijaznost, biti razumevajoč/-a, dobrosrčnost in požrtvovalnost tudi lastnosti, ki ovirajo medicinske sestre v doseganju večjega spoštovanja in vrednotenja poklica?

Po mnenju vsaj polovice anketiranih poklic nima prave veljave v družbi, ne uvrstijo ga med spoštovane poklice. Večina se jih kljub temu strinja, da ima poklic določen ugled v družbi. Kljub temu, da delo ni spoštovano, nima prave veljave, ga (bodoče) medicinske sestre rade opravljajo, nudi jim veliko zadovoljstva. Dokler so zadovoljne s svojim delom, verjetno tudi ne bodo zahtevale posebnih sprememb na tem področju. Zahvala in spoštovanje, ki ju občasno izražajo pacienti/-ke, so dovolj, da medicinske sestre sprejemajo svoj položaj takšen, kot je, ne da bi ga poskušale spreminjati. To nakazuje na moč ženske zapostavljenosti, ki je opravičena z »občasno« ustno zahvalo za njeno delo, ki pa ji ne sledi sprememba položaja, statusa, saj je zahvala dovolj, da je medicinska sestra zadovoljna s svojim delom, ki ga opravlja.

Moč androcentrizma oziroma moškosrediščno organizirane družbe je v zdravstvu še kako prisotna. Nujne in neprekinjene dejavnosti, ki omogočajo obstoj posameznika: hranjenje, oblačenje, higiena, spanje,... so domena medicinskih sester, ki so večinoma ženske, zdravljenje, preiskave, posegi in tehnične dejavnosti, kot so delo z aparaturami (rentgen, delo reševalne službe), ki imajo višjo veljavo in so v družbi tudi bolj spoštovani in priznani kot samo negovanje, so v glavnem domena moških – zdravnikov<sup>36</sup>. In celoten sistem se ohranja

<sup>36</sup> Število zdravnic res da raste: v Angliji se je v desetletnem obdobju (1976-1986) število zdravnic iz 18.6 odstotkov povečalo na 24.8 odstotkov celotnega števila zdravnikov/zdravnic. Pa kljub temu primerno neravnovesju med ženskami in moškimi v zdravniškem poklicu, ostaja ženska-zdravnica še vedno ženska v "moškem" poklicu podobno kot ostaja to na področju prava, politike in univerzitetnega izobraževanja. Zdravnice tudi niso enakomerno porazdeljene po bolnišničnih oddelkih niti niso enako

tako kot institucionalni moškosredično organizirani družbeni red: dobra medicinska sestra mora imeti altruistične lastnosti, delati dobro, skrb za drugega sta osnovi njenega dela tako, kot so skrbstvene, gospodinjske, vzgojne naloge osnova dobre matere, žene, gospodinje. Medicinske sestre so večinoma ženske. Opravljajo poklic, katerega se pojmuje kot razširjena vloga ženske – matere, saj skbi in neguje pacienta/ko, ki njeno nego in skrb potrebuje tako kot otrok potrebuje skrb in nego matere, staršev. Poklic in delo medicinske sestre vključuje prav vse t.i. »ženske« dejavnosti; zagotavljanje življenjsko nujnih in neodložljivih osnovnih človeških potreb (hranjenje, odvajanje,...), negovanje in skrb za bolnega človeka, »gospodinjska« opravila, kot so v bolnišnici skrb za urejenost in čistočo bolniške postelje, sobe ter drugih prostorov, opreme, (ambulanta, omarice s pripomočki za zdravstveno nego, preiskave, zdravila ipd.), »vzgojna« naloga: s pacienti/-kami preživi medicinska sestra največ časa v primerjavi z ostalimi člani zdravstvenega tima, je z njimi v najtesnejšem stiku, lahko jih pomiri v primeru doživljanja strahov, razburjenj, lahko jih »prepriča« o pomembnosti privolitve v določen način zdravljenja, na preiskavo, operacijo etc.

V zahtevi po boljšem položaju, npr. da se njeno delo konča s koncem delovnika, bo zapostavljen/-a pacient/-ka in spet je medicinska sestra tista, ki se ji lahko očita nepopolnost pri opravljanju svojega dela, saj ob tem trpi tista oseba, ki medicinsko sestro potrebuje. Podobnost z družinskim življenjem in celotno družbo je najti tudi v sami organizaciji dela. Medicinske sestre so stalno prisotne na bolnišničnih oddelkih, zdravniki/zdravnice na oddelke pridejo opraviti svoje delo (vizito, pregled, poseg, preiskavo<sup>37</sup>) in nato odidejo na druge oddelke, v ambulante, kirurške dvorane etc. In ko zdravnik/-ca pride na oddelek, je »življenje« na oddelku podrejeno zdravnikovim naročilom, delu. Medicinske sestre prekinejo svoje delo (če ga do takrat niso uspele opraviti) in se pridružijo viziti, preiskavi ipd. Pacienti/-ke so do prihoda zdravnikov/-c, ki opravljajo vizito, umiti, preoblečeni, prav tako so bolniške sobe urejene. Kadar pride zdravnik/-ca opravljat preiskavo, pregled, mu je medicinska sestra na oddelku vedno v pomoč (če jo potrebuje), ne glede na to ali je preiskava načrtovana ali ne (pri tem ne vključujem nujnosti preiskave!) in si jo je medicinska sestra lahko vključila v svoj načrt dela ali ne. Pomen njenega dela, možnost načrtovanja je v tem primeru podrejena delu, odločitvam zdravnika/-ce, kar kažejo tudi nekateri odgovori anketiranih iz moje študije na vprašanje o prekinitvi svojega dela v primeru, da bi zdravnik/-ca potrebovala pomoč pri pregledu: *»Z lakoto se da počakati, s preiskavo pa ne,...«*, *»Hranjenje lahko počaka nekaj minut.«*, *»S hranjenjem se lahko počaka.«*, *»Zdravnik nima časa.«*

Podobnost dela medicinske sestre na oddelku najdem v tradicionalnem vzorcu družine: očeta, ko pride iz službe, čaka urejen dom, pripravljena večerja, umiti in vzgojeni otroci, s katerimi se nato igra še preostanek časa (ali jih zaradi utrujenosti od dela le pozdravi, pogleda, vpraša, kako so preživeli dan), dokler mati ne pripravi otrok za spanje.

---

razporejene glede na različne veje medicine. Več žensk je na področju splošne medicine, šolske medicine, na geriatriji, v anesteziji, mentalnem zdravstvu in pediatriji. (MILES, 1991: 143, 144)

<sup>37</sup> Ali pa pacientna/-ko po naročilu lečečega zdravnika/-ce odpeljejo na preiskavo drugam.



Altruizem, želena in zahtevana lastnost »dobre« medicinske sestre«, prav gotovo hromi same medicinske sestre v doseganju boljšega položaja, saj se vsaka sprememba, ki (bi) jo zahteva(le)jo odraža na pacientih/pacientkah, največkrat v njihovo škodo, dokler ostali sodelavci v zdravstvu ne bodo pripravljene sprejeti spremenjenega, zahtevanega boljšega položaja medicinske sestre in pripravljene svoje delo uskladiti z delom ostalih – torej medicinskih sester v zdravstvenem timu. Podobno, kot se dogaja z zaposlitvijo ženske, ki ji je prinesla ekonomsko neodvisnost, vendar zaradi premajhnega vključevanja moških v sfero zasebnosti, dodatno obremenitev, zaradi katere dobiva očitke, da zapostavlja otroke, družino in s tem svojo primarno vlogo matere, gospodinje in žene.

Medicinska sestra mora po eni strani (po)skrbeti za lasten položaj, dvig spoštovanja in doseganje priznanja za svoje delo in na drugi strani skrbeti za paciente/-ke, ki lahko zaradi tega ostajajo deloma zapostavljeni, dokler tudi drugi ne bodo pripravljene sprejeti njene spremenjene vloge – medicinska sestra že dolgo ni več samo pomočnica zdravniku/-ci temveč sodelavka, ki samostojno deluje na področju zdravstvene nege, se pa kot pomočnica vključuje v diagnostično – terapevtski program.

Profesionalizacija zdravstvene nege gre v smeri samostojnosti poklica in področja dela medicinske sestre. Zdravstvena nega, osnova njenega dela, vključuje tri področja dela; samostojni del – opravljanje ali pomoč pri opravljanju življenjskih aktivnosti pacientu/-ki, sodelovanje pri diagnostično - medicinskih posegih in sodelovanje v širšem zdravstvenem timu. Zanimalo me je, kako same (bodoče) medicinske sestre vrednotijo vsa tri področja dela. Najvišje so vrednotena dela, ki sodijo med medicinsko – tehnične posege, o katerih odloča in delegira naloge zdravnik/-ca. Zdravnik/zdravnica pa, sodeč po odgovorih anketiranih, še vedno sodi med najbolj spoštovane poklice. In če dobro opravijo delo, ki ga naroči spoštovana in nadrejena oseba, bo njeno delo (in s tem tudi ona sama) dobilo višjo veljavo. Medicinske sestre in dijakinje/dijaki so tudi mnenja, da bi večino nalog, ki sodijo v njihov delokrog in so del zdravstvene nege, lahko opravila tudi laična oseba. To so: hranjenje, umivanje, pogovor s pacientom/-ko, merjenje telesne temperature. Za dela, na področju katerih je medicinska sestra strokovnjakinja in ima pravico pobude in nadzora, so anketirane mnenja, da ni potrebna strokovna izobrazba. Medicinska sestra se očitno še vedno pojmuje kot razširjena vloga ženske – matere: skrb, negovanje, ljubezen do drugega, požrtvovalnost so dovolj, da je delo dobro opravljeno.

Glede na izsledke študije lahko potrdim, da medicinske sestre pripisujejo večjo vrednost delu po naročilu zdravnika/-ce (diagnostično – terapevtskih posegom) kot zdravstveni negi – področju dela, pri katerem je medicinska sestra samostojna.

Hierarhičen odnos, ki vlada na delovnem mestu v zdravstvu, pri katerem je medicinska sestra podrejena zdravniku/-ci tudi na področjih, kjer hierarhija ne bi smela biti prisotna – nazivanje, spoštovanje dela enega,

drugega, je moteč in opazila ga je večina anketiranih. Polovica zaposlenih si želi več spoštovanja s strani zdravniškega osebja, prav tako dijakinje/dijaki, ki si poleg tega želijo še preprosto boljši odnos. Težava je v nespoštovanju lastnega dela. Medicinske sestre morajo najprej same ceniti svoje delo, mu »dati« določeno veljavo in spoštovanje, šele nato lahko spoštovanje do dela, poklica razvijejo tudi drugi – širša družba.

Odgovori (bodočih) medicinskih sester na vprašanje: »TZN je sredi hranjenja pacientke (pacientka se sama ne more hraniti). Ali naj prekine svoje delo, če bi zdravnik/-ca zahtevala asistenco pri pregledu pacienta na sosednji postelji?«, ki odgovarjajo nikalno na vprašanje, zbujejo upanje, da se (bodoče) medicinske sestre zavedajo pomena svojega dela pri pacientu/-ki: *»Na oddelku so tudi druge medicinske sestre, ki lahko pomagajo.«*, *»Zdravnik lahko počaka.«*, *»Pacienta ne moreš pustiti sredi hranjenja!«*, *»Lahko bi se prej dogovorila. Zdravnik bi lahko rekel: »Ko boste nahranili, Vas prosim, da mi pomagate.«*, *»Nisem edina na oddelku.«*, *»Pacientko lahko pogleda zdravnica tudi sama.«*, *»Samo hranjenje je bolj pomembno od pregleda.«*, *»Končati se mora eno delo, da lahko pristopimo in začnemo z drugim.«*

Prav tako se vrednotenje lastnega dela in časa izraža v odgovorih na vprašanje o podaljšanju delovnega časa. Predvidevam, da bi anketirane sicer podaljšale delovni čas, kadar bi se to nanašalo na nujne, nepredvidljive primere, ki jih je v zdravstvu veliko, vendar večina zaposlenih ne bi podaljšala delovnega časa niti za plačilo niti glede na potrebo pacientov/-k, ne na željo nadrejenih. Nekaj bi jih podaljšalo na prošnjo sodelavke. Zdi se, da moč ideologije »požrtvovalnosti« deloma slabi. Medicinske sestre opravljajo svoje delo z zadovoljstvom, vendar se zavedajo, da je to še vedno njihovo delo, zaposlitev, ne pa življenjsko poslanstvo, ki se mu morajo (kot ženske in dobre medicinske sestre) brezpogojno predajati.

Mladi, ki se šolajo za poklic medicinske sestre, že v času šolanja opažajo in čutijo, da je njihovo delo podcenjeno - tako med medicinskimi sestrami kot v družbi. Kar polovica anketiranih (tako dijakin/dijakov kot zaposlenih) je v družbi že slišala negativno opazko na račun svojega dela. Več anketiranih meni, da poklic v družbi ni spoštovan in nima prave veljave, delo je razvrednoteno. Poleg tega si želijo boljše odnose z zdravniki/-cami, ki naj spoštujejo njihovo delo. Da medicinske sestre nižje vrednotijo svoje samostojno delo, kot delo po naročilu zdravnika/-ce, sem že omenjala, vendar pa po oceni odgovorov iz študije, prihaja do sprememb na tem področju: (ne)pripravljenost podaljšati delovni čas, opraviti svoje delo do konca in nato nuditi pomoč zdravniku/-ci, so odgovori, ki nakazujejo, da se medicinske sestre zavedajo pomena svojega dela in mu pripisujejo vrednost, ki mu pripada.

Če se ustavim še ob odnosu medicinska sestra – pacient/-ka, ki velja za osnovo njenemu delu, lahko na podlagi odgovorov študije sklepam, da so medicinske sestre deloma sprejele spreminjajočo se vlogo pacienta/-ke v odnosu zdravnik – medicinska sestra – pacient/-ka. Prav gotovo je medicinska sestra tista, ki

ob pacientu/-ki v bolnišnici preživi največ svojega delovnega časa v primerjavi z ostalim zdravstvenim osebjem. Spreminjanje položaja, ki ga ima pacient/-ka v odnosu do zdravstvenega osebja, in gre v smeri partnerstva in ne več podrejenosti pacienta/-ke odločitvam zdravnikov/zdravnic in drugega zdravstvenega osebja, se kaže tudi v odgovorih anketiranih o odnosih s pacienti/-ki. Zaposlene opažajo in želijo da jim pacienti/-ke ne zaupajo brezpogojno, da so le-ti/te kritični do navodil medicinske sestre ter menijo, da naj imajo pacienti/-ke pravico pobude in nadzora nad delom medicinske sestre. Drugače je z dijakinjami/dijaki, ki bi želeli/-e, da jim pacienti/-ke vedno zaupajo, upoštevajo navodila medicinske sestre, naj ne bodo kritični in naj ne bi imeli toliko pobude in nadzora, kot so jim jih pripisale zaposlene anketirane osebe. Predvidevam, da mnenje dijakinj/dijakov izhaja iz njihovega trenutnega položaja: »podrejeni« so staršem, profesorjem v šoli, mentoricam na praktičnem pouku oziroma medicinskim sestram na oddelku, na katerem opravljajo praktično delo. V odnosu do pacienta, pa so strokovne osebe, kar jim daje občutek pomembnosti, za katerega želijo, da jim ga priznajo tudi pacienti/-ke same. Moč, ki jo dobijo kot osebe, ki so najnižje na hierarhični lestvici med strokovnimi delavci v zdravstvu, želijo izkoristiti v odnosu do pacienta/-ke, katerega vidijo kot podrejenega njihovemu znanju oziroma strokovni usposobljenosti. To kaže na prikrito družbeno ideologijo podrejenosti ženske – matere – medicinske sestre, moškemu – očetu – zdravniku. In pacient/-ka je v tem odnosu (podrejen) otrok.

In zakaj se ta želeni odnos podrejenosti pacienta/-ke medicinski sestri, ki ga opazim pri dijakinjah/dijakih, pri zaposlenih ne izraža? Kot sem zapisala zgoraj, sklepam, da so sprejele spreminjajočo se vlogo pacienta/-ke. Drugi odgovor bi bil, da so anketirane takega mnenja zaradi specifičnosti oddelka, na katerem so zaposlene in zaradi dela. Zaposlene so namreč na pediatričnem oddelku, kar pomeni, da vsakodnevno nujno prihajajo v stik s starši bolnih otrok. Starši niso »pravi« pacienti/-ke, so posredno preko svojega otroka, uporabniki storitev in torej ne morejo biti »enako« podrejeni kot pacienti/-ke, ki npr. nemočno (nepokretni) ležijo v postelji in so povsem odvisni od skrbi in zdravstvene nege medicinskih sester. V tem primeru so torej starši, ki odločajo o svojem otroku, tisti, ki izražajo kritičnost in imajo pravico pobude in nadzora, in ne zdravljen osebja sama.

Ob koncu ankete sem postavila vprašanja o tem, kaj je tisto, kar jim je pri opravljanju dela najbolj všeč, oziroma kaj jih moti. Odgovori me, glede na odgovore celotne študije, niso presenetili. Večini je najbolj všeč delo z ljudmi, saj so se zaradi istega razloga tudi odločili/-e za poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege.

V nalogi sem poskušala na teoretični podlagi in podprto z empiričnimi podatki orisati specifičnost poklica medicinske sestre.

Delo TZN opravljajo večinoma ženske in je torej tipičen »ženski« poklic. Dobro opravljanje dela pomeni, da mora imeti oseba, ki poklic opravlja, altruistične lastnosti, tipične »ženske« lastnosti: čustvenost, nežnost, prijaznost, ljubečnost etc.

Druga značilnost dela medicinske sestre - »ženskega« poklica, je (ne)priznanje, (ne)spoštovanje dela. Kot sem navedla v teoretičnem delu naloge, narava dela (skrb za pacienta/-ko) zahteva, da pogosto preseže svoje delovne obveznosti, ne da bi bila za to tako ali drugače »nagrajena«. Preseganje delovne obveznosti gre lahko v smeri podaljšanja delovnega časa, glede katerega so začele tudi medicinske sestre delovati v svojo korist in niso (več) pripravljene podaljševati svojega delovnika. Preseganje obveznosti gre lahko tudi v smeri opravljanja določenih del in nalog, ki ne sodijo v delokrog medicinskih sester temveč drugega zdravstvenega osebja. Npr. intubacija sediranega pacienta/-ke<sup>38</sup>, pripravljenega na operacijo, sodi v delokrog zdravnika/-ce-anestezista/-ke, so jo pa tudi opravljale anestezijske medicinske sestre<sup>39</sup>. Delo je opravila medicinska sestra, plačilo, saj je to delo zdravnika/-ce, je dobil/-a zdravnik/-ca. Osnova opravljanja dela, za katerega je izobražena in kompetentna, je jasna razmejitev in poznavanje del in nalog medicinskih sester. Na podlagi odgovorov v pilotski študiji sem ugotovila, da več kot polovica vseh anketiranih (res da je med njimi več dijakinj/dijakov kot zaposlenih) le delno pozna ali pa sploh ne pozna, katera opravila sodijo v delokrog tehnika/tehnice zdravstvene nege. Vsako opravljanje nalog, ki ne sodijo v delokrog tehnika/tehnice zdravstvene nege pomeni bodisi, da ji bo primanjkovalo časa za opravljanje svojih nalog ali huje, v primeru napake pri opravljanju naloge, je odgovorna, ker je presegla svoje kompetence in opravljala dela, za katera ni usposobljena.

Če omenim še delo medicinske sestre, ki ga vsakodnevno opravlja: zdravstvena nega, pomoč pacientu/-ki pri opravljanju življenjskih aktivnostih. Delo nima prave veljave ne v družbi ne med medicinskimi sestrami, ne pri dijakinjah/dijakih.

Naslednja tipična značilnost poklica medicinske sestre - »ženskega« poklica, je možnost napredovanja. Šolanje poteka najprej na srednji šoli, po zaključku dobijo naziv »tehnika/tehnicista zdravstvene nege«. Šolanje lahko nadaljujejo na visoki šoli za zdravstvo, kjer po zaključku pridobijo visoko izobrazbo. Na delovnem mestu lahko opravljajo še specializacijo z različnih področij (npr. anestezija – anestezijska medicinska sestra,

---

<sup>38</sup> Pred začetkom operacije dobi pacient uspavalno, zdravila za zmanjšanje bolečin, zdravila za sprostitvev mišic, zato je potrebno pacientu/-ki vstaviti tubus v sapnik, saj med operacijo diha s pomočjo aparature.

<sup>39</sup> Medicinska sestra z dodatno izobrazbo na področju anestezije, katera opravlja svoje delo v operacijski dvorani.

intšrumentarka). Direktnen prehod na fakulteto za pridobitev sedme stopnje, magistrski ali doktorski študij, so jim trenutno v Sloveniji onemogočeni<sup>40</sup>. Medicinske sestre lahko napredujejo znotraj svojega poklica, na delovnem mestu v oddelčno sestro, glavno sestro, kar pa so funkcije, ki niso neposredno vezane na pridobivanje formalne izobrazbe, temveč potekajo na podlagi delovnih izkušenj in delovnih sposobnosti.

Medicinske sestre in dijakinje/dijaki so mnenja, da za določena opravila, ki jih opravljajo, strokovna izobrazba ni potrebna, saj bi jih enako dobro opravljali tudi laiki. Če že same (bodoče) medicinske sestre niso prepričane, da potrebujejo visoko strokovno izobrazbo za opravljanje svojega dela, je toliko težje prepričati druge zdravstvene delavce, in navsezadnje celotno družbo, o pomembnosti izobraževanja medicinskih sester.

Izobrazba, samostojno področje dela, jasna razmejitev del in nalog, vključenost nekaterih pomembnih lastnosti, kot so altruistične lastnosti in čustveno delo v opravljanje nalog, v obseg zahtevanih in plačljivih storitev ter poznavanje delokroga medicinskih sester, so osnova za dvig vrednosti in spoštovanja dela medicinskih sester.

---

<sup>40</sup> Program Zdravstvene vzgoje, ki je omogočal medicinskim sestram direkten prehod na fakulteto in pridobitev univerzitetne izobrazbe, ki je osnova za nadaljni podiplomski študij, je potekal od leta 1993 do leta 1996, ko je bil program ukinjen.

## SEZNAM NAVAJANE LITERATURE

- 1) ABBOTT P, WALLACE C. (1993) *An introduction to sociology: feminist perspectives*. London and New York; Routledge: 94-120.
- 2) *Akcija za enakost, razvoj in mir*. (1994) Ljubljana: Urad za žensko politiko.
- 3) ANTIĆ M. G, MENCIN M. (1992) *Ženske in politika*. Ko odgrneš sedem tančic. Zbornik *Ženske v Sloveniji*. Ljubljana; Društvo Inicijativa: 103-11.
- 4) BADEN S. (1993) The impact of recession on women's employment in OECD countries. Bridge; Dec. 1993, report no. 17.
- 5) BENDELOW G, WILLIAMS S,J. (1998) *Emotions in social life*. London; Routledge.
- 6) CIGALE M. (1992) *O ženskem delu*. Ko odgrneš sedem tančic. Zbornik *Ženske v Sloveniji*. Ljubljana; Društvo Inicijativa: 37-46.
- 7) CLIFT J.M. (1997) Izobraževanje za medicinske sestre v Evropi. *Obzor Zdr N*; 31: 197-202.
- 8) CYBA E, BOJE T. (1997) Gender relations in labour market and welfare state. Manuscript. The third Europe Sociological Association conference, Essex. UMEA University, Department of Sociology; 1-29.
- 9) ČERNIČ-ISTENIČ M. (1995) *Spremembe v družbenem položaju žensk in upadanje rodnosti v Sloveniji*. V *Družine-različne, enakopravne/ur*. Rener T, Potočnik V, Kozmik V. Ljubljana: Vitrum: 64-77.
- 10) ČERNIGOJ-SADAR N, VERŠA D. (2002) *Zaposlovanje žensk*. V *Politika zaposlovanja/ ur*. Svetlik I. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede: 397-432.
- 11) ČERNIGOJ-SADAR N, VLADIMIROV P. (2004) *Prispevek organizacij k vzpostavljanju (ne)uravnoteženega življenja*. V *Razpoke v zgodbi o uspehu/ur*. Svetlik I, Ilič B. Ljubljana: Sophia: 259-281.

- 
- 12) DRGLIN Z. (1997) Dva obraza zgodovine ginekologije na Slovenskem. Delta: Revija za ženske študije in feministično teorijo, letnik 3, 1-2: 65-74.
  
  - 13) EINHORN B. (1993) The impact of the transition from centrally planned economies in women's employment in East Central Europe. BRIDGE; Nov. 1993, report no. 18.
  - 14) EMERŠIČ B. (1996) Šolstvo in učiteljice v navskrižju med pravicami in predsodki. Delta: Revija za ženske študije in feministično teorijo, letnik 2, 1-2: 119-25.
  - 15) FAGAN C, O'REILLY J. (1997) Conceptualising part-time work: the value of an integrated comparative perspective. Manuscript. The third Europe Sociological Association conference, Essex. UMEA University, Department of Sociology; 1-33.
  - 16) FAGERMOEN M S. (1997) Professional identity: values embedded in meaningful nursing practise. Journal of Advanced Nursing; 25: 434-41.
  - 17) FERLIGOJ A, RENER T, ULE M. (1990) *Ženska, zasebno politično ali "ne vem, sem neodločena"*. Ljubljana: Znanstveno publicistično središče.
  - 18) FILEJ B. (1997) Razkorak med znanjem medicinskih sester in njegovo uporabo v praksi. Obzor Zdr N; 31: 97-104.
  - 19) FLERE S. (2000) *Sociološka metodologija*. Maribor: Pedagoška fakulteta.
  - 20) FRENCH S E, WATTERS D & MATTHEWS D R. (1994) Nursing as a career choice for women in Pakistan. Journal of Advanced Nursing; 19: 140-51.
  - 21) GASTMANS C. (1998) Challenges to nursing values in a changing nursing environment. Nursing Ethics 1998; 5 (3): 236-245.
  - 22) GASTMANS C. (1999) Care as a moral attitude in nursing. Nursing Ethics 1999; 6 (3): 214-223.

- 
- 23) GORMLEY K J. (1996) Altruism: a framework for caring and providing care. *Int. J. Nurs. Stud*; 33, no. 6: 581-8.
  - 24) GORŠE A. (1992) *Položaj žensk. Zaposlovanje: perspektive, priložnosti, tveganja*. Zbornik. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 102-24.
  - 25) GORŠE A. (1992) *Položaj žensk. Zaposlovanje: perspektive, priložnosti, tveganja*. Zbornik. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 102-24.
  - 26) HEINSOHN G, STEIGER O. (1993) *Uničenje modrih žensk*. Ljubljana; Krt.
  - 27) HOCHSCHILD R.A (1983) *The managed heart: comercialization of human feeling*. Berkeley; University of California Press.
  - 28) HRŽENJAK M. (1999) Več zlobnih kot lepih: podobe žensk v slovenskih osnovnošolskih berilih. *Delta, revija za ženske študije in feministično teorijo*, letnik 5, št. 1-2: 133-150
  - 29) HUNT G. (1997) Moral crisis, proffesionals and ethical education. *Nursing Etichs*; 4(1): 29-38.
  - 30) International Center for Public Enterprises in Developing Countries. (1986) *The role of women in developing countries*. Ljubljana; International Center for Public Enterprises in Developing Countries.
  - 31) JAMES V, GABE J. (1996) *Health and the sociology of emotions*. Oxford; Blackwell Publisher Editorial Board.
  - 32) JOGAN M. (1990) *Družbena konstrukcija hierarhije med spoloma*. Ljubljana; Fakulteta za sociologijo, politične vede in novinarstvo.
  - 33) JOGAN M. (1992) Seksizem, politika in politična kultura. *Teorija in praksa*, letnik 29, št.11-12. Ljubljana: 1141-50.
  - 34) JOGAN M. (1994) Eroziija andocentrizma v vsakdanji kulturi. *Teorija in praksa*, letnik 31, št. 7-8. Ljubljana: 647-54.



- 
- 35) JOGAN M. (1994) Erozija androcentrizma v vsakdanji kulturi. Teorija in praksa, letnik 31, št. 7-8. Ljubljana: 647-54.
- 36) JOGAN M. (1995a) *Androcentrična ali androgina kultura in (simetrična) družina*. V Družine-različne, enakopravne/ur. Rener T, Potočnik V, Kozmik. Ljubljana: Vitrum: 49-63.
- 37) JOGAN M. (1995b) Skladnost družinskega in poklicnega vedenja. Slovenija pred Pekingom. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Urad za žensko politiko, 3 zv.: 12-9.
- 38) JOGAN M. ŠADL Z. (1994) *Družbena konstrukcija identitete glede na spol, od konca 19. stoletja do konca 20. stoletja na Slovenskem*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, FDV - Inštitut za družbene vede.
- 39) JOGAN M. (2000) Postsocializem in androcentrizem. Družboslovne razprave, letnik XVI, št. 34-35, Ljubljana: 9-30.
- 40) JOGAN M. (2001) *Seksizem v vsakdanjem življenju*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- 41) KANJUO-MRČELA A. (1992) *Ali so "družinske kraljice" lahko tudi "šefice"*. Ko odgrneš sedem tančic. Zbornik Ženske v Sloveniji. Ljubljana; Društvo Inicijativa: 77-87.
- 42) KANJUO-MRČELA A, IGNJATOVIĆ M. (2004) *Neprijazna fleksibilizacija dela in zaposlovanja – potreba po oblikovanju varne fleksibilnosti*. V Razpoke v zgodbi o uspehu/ur. Svetlik I, Ilič B. Ljubljana: Sophia: 230-259.
- 43) KERSNIČ P. (1997) Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. Obzor Zdr N; 31: 3-24.
- 44) KISNER N, ROZMAN M, KLASINC M, PERNAT S. (1998) *Zdravstvena nega*. Maribor: Založba Obzorja: 11-26.
- 45) KOCJAN-VALENTAN A. (1994) *Zaposlovanje in hierarhija med spoloma*. Dipl. naloga, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- 46) *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih delavcev Slovenije*. (1994) Ljubljana; Zbornica zdravstvene nege.

- 
- 47) KOVAČEV A.N. Eksploatacija žensk v sodobnih družbah. Etika in morala v sodobni družbi. Zbornik. Ljubljana: Društvo T.G. Masaryk za filozofsko antropologijo, etiko ter za humanistične in družbene vede: *Anthropos*: 255-264.
  - 48) KOZMIK V. (1996) Zakaj urad za žensko politiko? V *Spol Ž*, ur.: Bogovič L, Skušek Z. Ljubljana; KUD France Prešeren: str. 40-48.
  - 49) KOZMIK V. (1998) *Še diskriminirane?* V *Izobraževanje in zaposlovanje žensk nekoč in danes*. Zbornik. Ptuj; Zgodovinski arhiv: 145-172.
  - 50) KUHAR R. (2001) »Favo ritke«. Poročilo Skupine za spremljanje nestrpnosti. Ljubljana; Mirovni inštitut: 114-135.
  - 51) KVAS A. (2001) Stališča medicinskih sester v Sloveniji do izobraževanja. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ljubljana; Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana: 84-95.
  - 52) LEKŠE N. (1995) Problemi žensk na delovnem mestu. *Slovenija pred Pekingom*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Urad za žensko politiko, 2: 11-8.
  - 53) LOKAR S. (1992) *Ženska politika v postsocializmu*. Ko odgrneš sedem tančic. Zbornik *Ženske v Sloveniji*. Ljubljana; Društvo Iniciativa: 113-7.
  - 54) LOKAR S. (1995) Skladnost družinskega in poklicnega življenja. *Slovenija pred Pekingom*. Ljubljana: Vlada republike Slovenije, Urad za žensko politiko, 3: 2-6.
  - 55) LORBER J. (1997) *Gender and the social construction of illness*. Thousand Oakes, London, New Delhi; Sage Publication: 35-54, 83-6.
  - 56) LUBEJ M. (2004) Razvoj študijskih programov zdravstvene usmeritve. *Zbornik ob 50 letnici Visoke šole za zdravstvo*. Ljubljana; Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
  - 57) MIKLAVČIČ L. (1996) *Zaposlovanje in vloga žensk v organizaciji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

- 
- 58) MILES A. (1991) *Women, health and medicine*. Philadelpiha: Open University Press.
- 59) MILHARČIČ-HLADNIK M. (1992) *Feminizacija učiteljskega dela: materinstvo kot poklic?* Ko odgrneš sedem tančic. Zbornik Ženske v Sloveniji. Ljubljana; Društvo Inicijativa: 65-76.
- 60) MILHARČIČ-HLADNIK M. (1995) *Si duo faciunt idem, non est idem. Vpliv spolne delitve dela na konstituiranje moderne družine*. V: Družine-različne, enakopravne/ur. Renner T, Potočnik V, Kozmik. Ljubljana: Vitrum: 24-43.
- 61) NASTRAN-ULE M. (1994) *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana; Znanstveno in publicistično središče.
- 62) NASTRAN-ULE M. (2000) *Sodobne identitete v vrtincu diskurzov*. Ljubljana; Znanstveno in publicistično središče.
- 63) NÄTTI J, KINNUNEN U. (1997) Job insecurity and welfare: A panel study in four organizations. Essex: University of Essex, European sociological association.
- 64) NEUHOLD C. (1998) Podoba Evropskega socialnega protokola v luči Amsterdamske pogodbe. Evropska socialna in zaposlovalna politika. Zbornik razprav. Ljubljana: Kalandrovo društvo: 51-63.
- 65) NORTVEDT P. (1998) Sensitive judgement: an inquiry into the foundations of nursing ethics. *Nursing Ethics*; 5; št. 5: 385-92.
- 66) OAKLEY A. (2000) *Gospodinja*. Ljubljana: \*cf.
- 67) OLESEN V, BONE D. (1998) . *Emotions in social life*. V BENDELOW G, WILLIAMS S.J. *Emotions in rational organizations*. London and New York; Routledge: 313-29.
- 68) PAHOR M. (1988) *Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu*. Magistrska naloga. Ljubljana: FSPN.
- 69) PAHOR M. (1989) Odnosi med zdravstvenimi delavci kot dejavnik razvoja zdravstva. *Zdrav Obzor*; 23; št.1-2: 43-64.

- 
- 70) PAHOR M. (1998) Razlogi za prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven in njegove značilnosti. *Obzor Zdr N*; 32: 6-19.
- 71) PAVLIČ S. (1992) *Zdravstvena nega in tradicija*. Šola za medicinske sestre; zdravstveno šolstvo na slovenskem. Ljubljana; Slovenski šolski muzej: 11-13.
- 72) PERIC H.M. (1995) Dokumentiranje v zdravstveni negi - ali je res potrebno. *Obzor Zdr N*; 29; št.5-6: 167-173.
- 73) REBENSTORF H. (1992) *Ženske v zveznem parlamentu - drugače kot moški?* Politika kot poklic: zbornik. Ljubljana; Krt: 167-89.
- 74) RUMEŽ-BIZJAK L. (1995) Kontinuirana zdravstvena nega psihiatričnega bolnika na sprejemnem oddelku. *Obzor Zdrav N*; 29; št.5-6: 179-185.
- 75) RUS V.S. (1997) Med socialno psihologijo in etiko. Etika in morala v sodobni družbi. Zbornik. Ljubljana: Društvo T.G. Masaryk za filozofsko antropologijo, etiko ter za humanistične in družbene vede: *Anthropos*: 190-198.
- 76) RYAN A A, McKENNA H P. (1994) A comparative study of the attitudes of nursing and medical students to aspects of patient care and the nurse's role in organizing that care. *Journal of Advanced Nursing*; 19: 114-23.
- 77) SCOTT P A. (1996) Ethics education and nursing practise. *Nursing Ethics*; 3; št. 1: 53-63.
- 78) SELLMAN D. (1997) The virtues in the moral education of nurses: Florence Nightingale revisited. *Nursing Etichs*; 4(1): 3-11.
- 79) SKARD T, HAAVIO-MANNILA E. (1992) *Ženske v parlamentu*. Politika kot poklic: zbornik. Ljubljana: Krt: 191-210.
- 80) SKYMMER D, CLEESE S. (1993) *Družine in kako v njih preživeti*. Ljubljana: NUK, Tangram.

- 
- 81) *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. (1994) Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Znanstvenoraziskovalnicenter Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, DZS.
- 82) SMITH A. (1995) An analysis of altruism: a concept of caring. *Journal of Advanced Nursing*; 22: 785-90.
- 83) STARC A. (2001) Zakon o dejavnosti zdravstvene nege - strokovna in normativna izhodišča. *Obzor Zdr N*; letnik 35; št. 1-2: 13-27.
- 84) STRACHAN G. (1997) Not just a labour of love: industrial action by nurses in Australia. *Nursing Ethics*; 4(4): 295-303.
- 85) *Študentom VŠZ na pot*. (2003) Letnik 8, št. 1. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo: 35-39.
- 86) TAYLOR J S. (1997) Nursing ideology: identification and legitimation. *Journal of Advanced Nursing*; 25: 442-6.
- 87) TCHUDIN V. (2004) *Etika v zdravstveni negi. Razmerja skrbi*. Ljubljana; Educy.
- 88) TONI-GRADIŠEK A. (1992a) *Babiška šola v Ljubljani*. Šola za medicinske sestre; zdravstveno šolstvo na slovenskem. Ljubljana; Slovenski šolski muzej: 21-30.
- 89) TONI-GRADIŠEK A. (1992b) *Naša prva medicinska sestra Angela Boškin in ustanovitev prve sestrške šole pri nas*. Šola za medicinske sestre; zdravstveno šolstvo na slovenskem. Ljubljana; Slovenski šolski muzej: 31-34.
- 90) TONI-GRADIŠEK A. (1992c) *Šola za medicinske sestre v Ljubljani*. Šola za medicinske sestre; zdravstveno šolstvo na slovenskem. Ljubljana; Slovenski šolski muzej: 57-64.
- 91) TRČEK J. (1994) *Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura*. Radovljica; Didakta.
- 92) TREWEEK G L. (1996) Emotion work, order and emotional power in care assistant work. V JAMES V, GABE J. *Health and the sociology of emotions*. Oxford; Blackwell Publisher Editorial Board; 115-32.

- 
- 93) TOŠ N. (ur.) (1992) *Slovensko javno mnenje 1990-1998*. Fakulteta za družbene vede, Inštitut za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja, Ljubljana.
- 94) TURK M. (1992) *Podjetništvo je ženskega spola*. Ko odgrneš sedem tančic. Zbornik Ženske v Sloveniji. Ljubljana; Društvo Inicijativa: 89-102.
- 95) ULE M. (2003) *Spregledana razerja*. Maribor; Aristej.
- 96) ULE M, KUHAR M. (2003) *Mladi, družina, starševstvo*. Ljubljana; Fakulteta za družbene vede, Center za socialno psihologijo.
- 97) URAD ZA ŽENSKO POLITIKO. (1997) *Položaj žensk v Sloveniji v devetdesetih*. Poročilo Urada za žensko politiko za obdobje 1990-1995. Zbirka "Za enake možnosti žensk in moških", 4 zv. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Urad za žensko politiko.
- 98) URBANČIČ K. (1996) Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*; 30: 21-8.
- 99) URBANČIČ K. (1998) Komunikacija s starši prezgodaj rojenega otroka v enoti intenzivne nege in terapije. *Obzor Zdr N*; 32; 155-66.
- 100) VERŠA D. (1995) Problemi žensk na delovnem mestu. *Slovenija pred Pekingom*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Urad za žensko politiko, 2: 7-11.
- 101) ZALETEL M. (1997) Vrednotenje delovne uspešnosti medicinskih sester. *Obzor Zdr N*; 31: 105-13.
- 102) ZALETEL M. (2004) *Zbornik ob 50 letnici Visoke šole za zdravstvo*. Ljubljana; Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo: 24-57.
- 103) ZAVIRŠEK D. (1994) *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana; Visoka šola za socialno delo.
- 104) *Zbornik ob 50 letnici Visoke šole za zdravstvo*. (2004) Ljubljana; Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

---

## PRILOGI A in B

## PRILOGA A: Vprašalnik za dijake/dijakinje

### Spoštovani/-a dijak, dijakinja,

v okviru magistrske naloge, ki jo pod mentorstvom prof.dr.Mace Jogan pripravljam na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani, želim raziskati poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege (v nadaljnjem besedilu TZN). Zanimajo me lastnosti, ki jih ima (naj bi jih imel/-a) dober/dobra TZN, medsebojni odnosi na delovnem mestu ter zadovoljstvo TZN s svojim poklicem in delom. Vljudno Vas prosim za sodelovanje s katerim boste tudi pomembno prispevali k vidnosti poklica in dela TZN.

Anketa je anonimna, rezultati raziskave pa bodo objavljeni v nalogi in strokovni reviji.

Za Vaše sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

Prosim Vas, da preberete vprašanja in odgovore v ustreznem okencu označite s križcem in/ali napišete svoj odgovor.

### VPRAŠALNIK

- Spol:**  ženski  moški
- Zakaj ste se odločili za poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege (TZN)? (lahko označite več odgovorov)**
  - iz želje pomagati drugim
  - na pobudo staršev
  - ker je nekdo v družini zdravstveni/-a delavec/-ka
  - drugo: \_\_\_\_\_
- Če bi še enkrat imeli možnost odločitve, bi se odločili:**
  - izbral/a bi enako poklicno pot
  - odločil/a bi se za: \_\_\_\_\_

### 4. Katere izmed naštetih lastnosti naj bi imela dober/dobra TZN in visoka MS?

LASTNOST	zelo pomembno	srednje pomembno	nepomembno
izobraženost			
inteligentnost			
odločnost			
dobrosrčnost			
prijaznost			
poslušnost			
zanesljivost			
molčečnost			
požrtvovalnost			
biti razumevajoč/a			
ubogljivost			
samostojnost			
delavnost			
poštenost			



5. Ali menite, da je negovanje pacientov/pacientk v družbi spoštovano delo?

- da  
 ne  
 ne vem

6. Ali ste kdaj od oseb v družbi slišali kakšno negativno opazko na račun Vašega bodočega poklica?

- ne, nikoli  
 da, naslednje: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. Naštejte tri poklice, za katere mislite, da veljajo v družbi kot spoštovani poklici.

\_\_\_\_\_

8. Katere značilnosti poklica so pomembne, da postane le-ta v družbi spoštovan?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Ali so se Vaše predstave o poklicu in delu tehnika/tehtnice zdravstvene nege v teku šolanja spremenile?

- da. Kako? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ne

10. Ali menite, da Vas šola dobro pripravlja na poklic oziroma delo TZN?

- da  
 ne

11. Ali ste kdaj v času počitnic opravljali delo TZN?

- da. V kateri ustanovi? \_\_\_\_\_

Koliko časa? \_\_\_\_\_

ne

12. Kakšna je VAŠA trenutna predstava o poklicu in TZN?

PREDSTAVE O POKLICU	strinjam se	delno se strinjam	ne strinjam se
ugleden poklic			
poklic ni spoštovan			
imam veliko možnosti za službo			
lahko dobro zaslužim			
delo je vznemirljivo			
daje mi veliko zadovoljstva			
delo je razvrednoteno			
to je res časten poklic			

**13. Kako pomembno se vam zdijo naslednja opravila (pri pacientu/-ki, ki ni v življenjski nevarnosti)**

OPRAVILA	zelo pomembno	srednje pomembno	nepomembno
pogovor s pacientom/-ko			
umivanje pacienta/-ke			
nastavitev infuzije			
merjenje telesne temperature			
hranjenje pacienta			
ureditev postelje			
pojasnjevanje zdravstvenih informacij			
spremljanje pacienta/-ke na preiskavo			
asistenca pri posegih zdravnika (uvajanje katetra)			
asistenca pri preiskavi			

**14. S križcem označite dela, ki jih, po vašem mnenju, enako dobro kot TZN lahko opravlja tudi oseba, ki nima opravljene srednje zdravstvene šole.**

OPRAVILA	OZNAKA (X)
pogovor s pacientom/-ko	
umivanje pacienta/-ke	
nastavitev infuzije	
merjenje telesne temperature	
hranjenje pacienta	
ureditev postelje	
pojasnjevanje zdravstvenih informacij	
spremljanje pacienta/-ke na preiskavo	
asistenca pri posegih zdravnika/-ce (uvajanje katetra)	
asistenca pri preiskavi	

**15. TZN je sredi hranjenja pacientke (pacientka se sama ne more hraniti). Ali naj prekine svoje delo, če bi zdravnik/-ca zahtevala asistenco pri pregledu pacientke na sosednji postelji?**

da, ker \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ne, ker \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16. Ali ste seznanjeni s tem, katera opravila sodijo v delokrog TZN?**

da  delno

ne  drugo: \_\_\_\_\_

**17. Kakšen bi po Vašem mnenju moral biti odnos pacientov/-k do TZN?**

ODNOS PACIENT/-KA - TZN	vedno	občasno	nikoli
pacietni/-ke zaupajo TZN			
pacienti/-ke spoštuje delo TZN			
pacienti/-ke izražajo hvaležnost			
pacienti/-ke se ravnaajo po navodilih TZN			
Pacientki/-ke so kritični do navodil TZN			
Pacientki/-ke so v odnosu stranke/uporabniki storitev in imajo pravico pobude in nadzora nad delom TZN			

**18. Kakšen naj bi bil po Vašem mnenju odnos TZN - zdravnik/-ca?**

**19. Zdravnika/zdravnica nad pacientko povzdigne glas, ker pacient zavrača predpisano dieto. Ali menite, da bi TZN moral opozoriti zdravnika/zdravnico, da s pacientom ni pravilno ravnal/-a?**

- da, rekla bi mu/ji: \_\_\_\_\_
- ne

**20. TZN nad pacientko povzdigne glas, ker pacientka zavrača predpisano dieto. Ali menite, da bi TZN moral opozoriti sodelavca - tehtnika zdravstvene nege, da s pacientko ni pravilno ravnal?**

- da, rekla bi mu: \_\_\_\_\_
- ne

**21. Kaj Vas pri samem opravljanju dela TZN najbolj moti?**

\_\_\_\_\_

**22. Kaj Vam je pri Vašem delu, delu TZN najbolj všeč?**

\_\_\_\_\_

**ZAHVALJUJEM SE VAM ZA SODELOVANJE.**

## PRILOGA B: Vprašalnik za zaposlene

Spoštovani,

v okviru magistrske naloge, ki jo pod mentorstvom prof.dr.Mace Jogan pripravljam na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani, želim raziskati poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege (v nadaljnjem besedilu TZN). Zanimajo me lastnosti, ki jih ima (naj bi jih imel/-a) dober/dobra TZN, medsebojni odnosi na delovnem mestu ter zadovoljstvo TZN s svojim poklicem in delom. Vljudno Vas prosim za sodelovanje s katerim boste tudi pomembno prispevali k vidnosti poklica in dela TZN.

Anketa je anonimna, rezultati raziskave pa bodo objavljeni v nalogi in strokovni reviji.

Za Vaše sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

Prosim Vas, da preberete vprašanja in odgovore v ustreznem okencu označite s križcem in/ali napišete svoj odgovor.

### VPRAŠALNIK

1. **Stopnja izobrazbe:**  srednješolska  višješolska  visokošolska  univerzitetna

2. **Spol:**  ženski  moški

3. **Zakaj ste se odločili za poklic tehnika/tehnice zdravstvene nege? (lahko označite več odgovorov)**

- iz želje pomagati drugim  
 na pobudo staršev  
 ker je nekdo v družini zdravstveni/-a delavec/-ka  
 drugo: \_\_\_\_\_

4. **Če bi še enkrat imeli možnost odločitve, bi se odločili:**

- izbral/a bi enako poklicno pot  
 odločil/a bi se za: \_\_\_\_\_

5. **Katere izmed naštetih lastnosti naj bi imela dober/dobra TZN (in visoka/višja medicinska sestra - VMS)?**

LASTNOST	zelo pomembno	srednje pomembno	nepomembno
izobraženost			
inteligentnost			
odločnost			
dobrosrčnost			
prijaznost			
poslušnost			
zanesljivost			
molčečnost			
požrtvovalnost			
biti razumevajoč/a			
ubogljivost			
samostojnost			
delavnost			
poštenost			

**6. Ali menite, da je negovanje pacientov/pacientk v družbi spoštovano delo?**

- da  
 ne  
 ne vem

**7. Ali ste kdaj od oseb v družbi slišali kakšno negativno opazko na račun Vašega poklica?**

- ne, nikoli  
 da, naslednje: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**8. Katere značilnosti so pomembne, da postane določen poklic v družbi spoštovan?**

\_\_\_\_\_

**9. Ali so se Vaše predstave o poklicu in delu TZN tekom let službovanja spremenile?**

- da. Kako? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- ne

**10. Kakšna je Vaša trenutna predstava o poklicu in delu TZN?**

PREDSTAVA O POKLICU	strinjam se	delno se strinjam	ne strinjam se
ugleden poklic			
poklic ni spoštovan			
veliko možnosti za službo			
lahko dobro zaslužim			
delo je vznemirljivo			
dobri delovni pogoji			
daje mi veliko zadovoljstva			
delo je razvrednoteno			
to je res časten poklic			
težko je uskladiti med delom in družino			

**11. Kako pomembno se vam zdijo naslednja opravila (pri pacientu/-ki, ki ni v življenjski nevarnosti)**

OPRAVILO	zelo pomembno	srednje pomembno	nepomembno
pogovor s pacientom/-ko			
umivanje pacienta/-ke			
nastavitev infuzije			
merjenje telesne temperature			
hranjenje pacienta			
ureditev postelje			
pojasnjevanje zdravstvenih informacij			
spremljanje pacienta/-ke na preiskavo			
asistenca pri posegih zdravnika/ ce (npr. uvajanje katetra)			
asistenca pri preiskavi			

**12. S križcem označite dela, ki jih enako kot TZN lahko opravlja tudi oseba, ki nima opravljene srednje zdravstvene šole.**

OPRAVILA	OZNAKA (X)
pogovor s pacientom/-ko	
umivanje pacienta/-ke	
nastavitev infuzije	
merjenje telesne temperature	
hranjenje pacienta	
ureditev postelje	
pojasnjevanje zdravstvenih informacij	
spremljanje pacienta/-ke na preiskavo	
asistenca pri posegih zdravnika (uvajanje katetra)	
asistenca pri preiskavi	

**13. Ste sredi hranjenja pacientke (pacientka se sama ne more hraniti). Ali bi prekinili svoje delo, če bi zdravnik/ica zahtevala asistenco pri pregledu pacienta/ke na sosednji postelji?**

da, ker \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ne, ker \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Ali ste seznanjeni s tem, katera opravila sodijo v delokrog TZN?**

da  delno

ne  drugo:

\_\_\_\_\_

**15. Kakšen je po Vašem mnenju odnos TZN - zdravnik/ica? (označite en odgovor)**

med seboj se spoštujeta in sodelujeta

zdravniki/-ce ne spoštujejo dela TZN

odnos med njima je prijateljski

drugo: \_\_\_\_\_

**16. Ali menite, da spol, zdravnik moški in TZN/VMS ženska, pomembno vpliva na njun odnos na delovnem mestu?**

da. Kako?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ne

**17. Zdravnica nad pacientom povzdigne glas, ker pacient zavrača predpisano dieto. Ali bi opozorili zdravnico, da s pacientom ni pravilno ravnala?**

- da, rekel/rekla bi ji: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ne

**18. Vaša kolegica, TZN/VMS nad pacientko povzdigne glas, ker pacientka zavrača predpisano dieto. Ali bi jo opozorili, da s pacientko ni pravilno ravnala?**

- da, rekel/rekla bi ji: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ne

**19. Kakšen bi po Vašem mnenju moral biti odnos pacientov/-k do TZN?**

ODNOS PACIENT/-KA - TZN	vedno	občasno	nikoli
pacietni/-ke zaupajo TZN			
pacienti/-ke spoštuje delo TZN			
pacienti/-ke izražajo hvaležnost			
pacienti/-ke se ravnaajo po navodilih TZN			
Pacientki/-ke so kritični do navodil TZN			
Pacientki/-ke so v odnosu stranke/uporabniki storitev in imajo pravico pobude in nadzora nad delom TZN			

**20. Kakšen pa je po Vašem mnenju odnos pacientov/-k do TZN?**

ODNOS PACIENT/-KA - TZN	vedno	občasno	nikoli
pacietni/-ke mi zaupajo			
večina pacientov/-k spoštuje moje delo			
pacienti/-ke izražajo hvaležnost			
pacienti/-ke upoštevajo moja navodila			
pacienti/-ke me izkoriščajo			

**21. Ali ste pripravljeni delati nadure? (lahko označite več odgovorov)**

- če bi bile nadure plačane
- tudi brez plačila, če bi bila sodelavec/sodelavka potrebovala pomoč
- tudi brez plačila, če bi me nadrejeni prosili
- tudi brez plačila, če bi me pacienti/pacientke potrebovali
- ne, v nobenem primeru

22. Ali ste pripravljeni ob koncu delovnega dne podaljšati delovni čas za uro ali dve, če bi bilo to v korist pacienta/-ke (npr. peljati pacientko na preiskavo, za katero je že od jutra tešča in bi v primeru vašega odhoda domov bila preiskava prestavljena na naslednji dan.) (lahko označite več odgovorov)

- da, vedno
- da, vendar samo v primeru plačila nadur
- da, vendar izjemoma
- da, če sama po službi ne bi imela nobenih nujnih opravkov
- ne

23. Če bi imeli možnost, da se zaposlite v drugi zdravstveni ustanovi (zavodu), kako bi se odločili? Izberite eno od možnosti:

- zaposlil/a bi se zaradi ponujenih boljših pogojev dela
- zaposlil/a bi se zaradi večje bližine mojemu domu
- zaposlil/a bi se zaradi občutno večje plače
- v nobenem primeru se ne bi zaposlila drugje
- ne vem

24. Ali ima vaše delo pomemben vpliv na potek zdravljenja (hitrejša ozdravitev, manj zapletov pri zdravljenju,...)?

- da
- včasih
- redko
- ne

25. Ali menite, da moški (TZN) bolje opravljajo nekatera opravila kot njihove ženske kolegice?

- da. Katera? \_\_\_\_\_
- ne

26. Ali menite, da ženske (TZN) bolje opravljajo nekatera opravila, kot njihovi moški kolegi?

- da. Katera? \_\_\_\_\_
- ne

27. Katere lastnosti bi morala imeti TZN ali VMS, da bi ga/jo Vi sprejeli v službo?

---

---

28. Kaj Vas pri Vašem delu najbolj moti?

---

29. Kaj Vam je pri Vašem delu najbolj všeč?

---

---

**ZA VAŠE SODELOVANJE SE VAM ISKRENO ZAHVALJUJEM.**